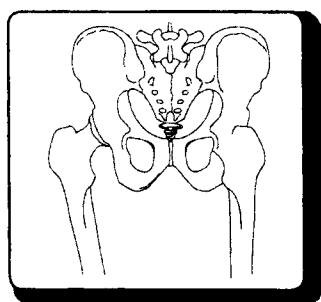


8. Поздняков О.М., Клименко Е.Д., Кобзева Л.П. и др. // Бюл. экспер. биол. и мед. 1996. №1. С. 108-111.
9. Сергеев Ю.В. // Сиб. журн. дерматол. и венерол. 2006. №7. С.51.
10. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. М., 1999.

11. Яворская В.А., Малахов В.А., Гребенюк А.В. // Неврол. вестник. 1996. №3-4. С.37.
12. Spergel J.M., Pollfir A.S. // J. Allergy Immund. 2003. №11 (Suppl). P. 118-127.
13. Jang Fan, Zhand Fugin, Lin Shuxin // Med. Coll. PLA. 1996. №11. P. 131-134.



УДК 616.71. - 001.5 - 089.23

И.В. Борозда

ПРОТИВОШОКОВАЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНА С МАЛОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Количество больных с повреждениями таза в России увеличивается пропорционально росту высокоэнергетических повреждений, таких как автодорожная травма [1-3]. В последние 5 лет в Амурской области в 1,8 раза увеличилось количество пострадавших с дезинтегрирующими повреждениями тазового кольца [4]. Одним из важнейших вопросов современной травматологии остается поиск новых методов лечения пациентов с тяжелыми нестабильными повреждениями таза. Наиболее перспективным является применение аппаратов внешней фиксации [4] в лечении таких больных.

Целью настоящего исследования стало улучшение результатов лечения травмированных с нарушением стабильности тазового кольца путем внедрения противошоковой фиксации в работу травматологических отделений Амурской области.

Материалы и методы

За период с 2000 по 2005 г. было проведено лечение 363 больных с различными повреждениями тазового кольца (тип А, В, С по классификации АО). Подробно были исследованы результаты лечения 133 больных с травмами тазового кольца, нарушающими его стабильность, которым была показана противошоковая стабилизация.

В лечении больных основной группы (n=65) с относительно стабильными и нестабильными повреждениями применялась методика прогнозирования тяжести сочетанных травм таза, реализованная в виде компьютерной

программы поддержки принятия решений при диагностике и лечении сочетанных травм таза и внедренная в работу хирургических стационаров области.

При этом помощь больным, находящимся за пределами г. Благовещенска, оказывалась в два этапа. Квалифицированную медицинскую помощь пациенты получали в районных больницах (1 этап), специализированная помощь оказывалась в АОКБ (2 этап), куда больные транспортировались после стабилизации состояния. Всем пациентам основной группы выполнялся остеосинтез противошоковым аппаратом. После стабилизации состояния больного проводился остеосинтез аппаратом внешней фиксации собственной конструкции (патенты на изобретение №2159091, №2234277). Контрольная группа включала 68 пациентов, лечившихся традиционными консервативными методами.

Результаты и обсуждение

Стабилизация отломков таза противошоковым аппаратом выполняется в палате РАО или в операционной. Из разрезов-проколов над гребнем подвздошной кости на 1 см кзади от передневерхней ости по ходу гребня в подвздошную кость вводятся два врезных стержня типа Шанца, соединяющиеся при помощи кронштейнов с балкой от аппарата Илизарова. Простота вмешательства дает возможность выполнять его на этапе оказания квалифицированной помощи. Применение противошоковой фиксации облегчает течение травматической болезни у пациентов с тяжелой травмой таза и снижает число ранних осложнений.

Таблица 1

Частота и структура соматических осложнений
в основной и контрольной группах

Вид осложнения	Основная группа (n=65)		Контрольная группа (n=68)	
	абс.	%	абс.	%
Пневмония	4	6,2	12	77,7
Психозы	2	3,1	2	2,9
Пролежни	3	4,6	19	28
ТЭЛА	1	1,5	3	4,4
Уросепсис	0	0	1	1,4
Всего	10	15,4	37	54,4

У пациентов группы сравнения частота осложнений была значительно больше, чем в основной группе. Различия между группами статистически значимы ($p < 0,05$). Среди соматических осложнений у больных контрольной группы преобладали гипостатические осложнения, такие как пневмония и пролежни. Высока была и вероятность развития ТЭЛА.

Ранняя активизация больных при использовании противошоковой фиксации способствовала развитию меньшего числа гипостатических осложнений у больных основной группы. Это происходило за счет уменьшения внутритканевой кровопотери, снижения роли нервно-рефлекторного фактора в условиях надежной иммобилизации.

Исходы лечения прослежены в сроки от 1 г до 6 лет у 133 чел. (основная — 65 и контрольная группа — 68 случаев).

Результаты лечения оценивались по шкале Majeed [5] (табл. 2).

Как видно из табл. 2, результаты лечения больных при применении чрескостного остеосинтеза были статистически лучше, чем при консервативном лечении ($p < 0,05$). Особенно четко прослеживается данная закономерность в лечении больных с относительно стабильной травмой, у которых все результаты лечения признаны удовлетворительными.

Процент выхода на инвалидность в основной группе был ниже (на 18,8), чем в контрольной группе при нестабильных повреждениях, и составил 7,7% (5 случаев). Среди пациентов с относительно стабильной травмой в группе сравнения инвалидность зарегистрирована в 7,4% (5 случаев), тогда как в основной группе случаев инвалидности не было.

В целом применение противошоковой фиксации в условиях региона с малой плотностью населения при

Таблица 2

Результаты лечения больных при применении
чрескостного остеосинтеза

Результат лечения	Основная группа (n=65)		Контрольная группа (n=68)	
	абс.	%	абс.	%
Относительно стабильные повреждения				
Хороший	44	67,7	19	27,9
Удовлетворительный	-	-	25	36,8
Плохой	-	-	5	7,4
Всего	44	67,7	43	63,2
Нестабильные повреждения				
Хороший	10	15,4	2	2,9
Удовлетворительный	6	9,2	5	7,4
Плохой	5	7,7	18	26,5
Всего	21	32,3	25	36,8

лечении травмированных с нарушением стабильности тазового кольца позволяет добиться положительных результатов.

Выводы

1. Применение противошокового аппарата внешней фиксации у больных с травматическим нарушением стабильности тазового кольца позволяет снизить тяжесть травматического шока и предупреждает развитие ранних осложнений.

2. Остеосинтез противошоковым аппаратом внешней фиксации на базе двух стержней, введенных в гребни подвздошных костей, может быть осуществлен на этапе оказания квалифицированной помощи (районная больница) и является методом выбора при оказании помощи в условиях региона с малой плотностью населения.

Л и т е р а т у р а

1. Черкес-Заде Д.И. // Мат-лы VI съезда травматологов и ортопедов России. Н. Новгород, 1997. С. 467.
2. Шаповалов В.М., Гуманенко Е.К., Дудаев А.К. и др. Хирургическая стабилизация таза у раненых и пострадавших. СПб.: МОРСАР АВ, 2000. 240 с.
3. Кутепов С.М. Управляемый чрескостный остеосинтез в лечении переломов костей таза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Пермь, 1996. 65 с.
4. Кулеша Н.В. Медико-социальная и экспертная оценка дорожно-транспортного травматизма в современных условиях (на примере Амурской области): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск, 2006. 26 с.
5. Majeed S.A. // J. Bone Jt Surg. 1989. Vol. 71, №2. P. 304-306.





УДК 618.978 : 610.23 - 084

В.С. Ступак, Е.В. Подворная

РОЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ РАННИХ МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНВАЛИДНОСТИ

ГУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

Современная демографическая и социально-экономическая ситуация в Хабаровском крае требует совершенствования помощи беременным женщинам и новорожденным в целях снижения перинатальной заболеваемости и смертности, профилактики инвалидности с детства. Особую значимость в период функционирования современного перинатального центра приобретает перинатальная заболеваемость, особенно перинатальное поражение центральной нервной системы, которая в последующем приводит к детской инвалидизации с ухудшением медицинских и социально-экономических последствий в крае.

Наиболее тяжелые неврологические отклонения выявляются у недоношенных детей, нуждавшихся в проведении реанимации и интенсивной терапии в связи с нарушением процесса ранней постнатальной адаптации (ИВЛ, инфузионная терапия и т.д.). Так, среди детей с массой тела ниже 1500 г из года в год неврологические нарушения различной степени выраженности наблюдаются в 40-70% случаев. Различные отклонения в нервно-психическом развитии, обусловленные перинатальной патологией, диагностируются примерно у 1/3 всех детей в возрасте до 15 лет [1].

В настоящее время отмечается явная недооценка значения педиатрического звена в деятельности перинатальных центров. Исходя из основных задач региональных центров, остаются проблемы внедрения в деятельность современных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения, направленных на снижение инвалидности с детства. Особую актуальность приобретают последствия перинатальной патологии в виде ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича и др. [2]. Формирование системы обеспечения реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам и детям раннего возраста, на наш взгляд, позволит существенно изменить качество жизни.

Развитие и внедрение профилактических и комплексных реабилитационных технологий, направленных на предотвращение хронизации патологического процесса и минимизацию тяжелых последствий болезни, позволяет уменьшить стойкие нарушения здоровья пациентов и даже вывести из состояния инвалидности более четверти из них. В структуре нашего учреждения с 2003 г. была организована деятельность отделения для детей

раннего возраста с поражением центральной нервной системы. Анализ заболеваемости детей, госпитализируемых в данное отделение, показал, что церебральная гипоксия, ишемия, гипоксические внутричерепные кровоизлияния, посттравматические миелопатии в 85% случаев являются основными, которые впоследствии ведут к формированию болезней центральной нервной системы у детей. У 30% пролеченных детей выявлено формирование внутренней и наружной гидроцефалии (сообщающейся и окклюзионной), в 14,9% случаев — задержка психомоторного и речевого развития. Патология глазного дна выявлена у 35,7%, среди них ретинопатия IV-V ст., отслойка сетчатки, слабослышание. Симптоматическая эпилепсия зарегистрирована у 6,6% больных.

Нами было проведено исследование эффективности комплексного подхода к оказанию медико-психолого-педагогической помощи 322 детям первого года жизни, находящимся в отделении для детей раннего возраста с поражением центральной нервной системы (3 этап выхаживания) Перинатального центра. Оказалось, что более половины детей (52,3%) имеют отставание в развитии ориентировочно-познавательных и звуковых реакций, 17,6% — имеют значительное и выраженное отставание в нервно-психическом развитии на фоне перинатального поражения ЦНС и сочетанного неблагоприятного биологического и социального анамнеза. По результатам обследования мы разработали индивидуальную программу развития каждого ребенка, наметили стратегию коррекционной работы с ребенком и семьей. После выписки из стационара организуется сопровождение проблемного ребенка на базе консультативно-диагностической поликлиники нашего центра, где проводится систематическое консультирование ребенка и его родителей различными специалистами.

Проведя сравнительный анализ данных первичного обследования и контрольного среза, можно сделать вывод, что у 309 детей, что составило 95,9%, наблюдалась положительная динамика (у 81 ребенка произошло значительное улучшение, уменьшилась глубина отставания, у 228 чел. выявлена внутригрупповая положительная динамика).

Формируя технологию комплексной многоэтапной системы оказания медико-педагогической помощи детям раннего возраста с болезнями нервной системы, нами в 2003 г. было открыто отделение катамнеза, в котором по настоящее время находится на учете более 3 тыс. детей.