наличие зоны повышенной плотности. При этом коэффициенты поглощения в зоне в 1,5-2 раза превышают показатели плотности окружающего вещества мозга.

Нами проведен анализ 186 больных с кровоизлияниями в мозг и 248 с внутримозговыми гематомами. Было установлено, что существует ряд характерных признаков, позволяющих с большой вероятностью отличить внутримозговую гематому от геморрагического инсульта, и на основании этого госпитализировать больного в соответствующее отделение (неврологическое или травматологическое) для проведения адекватного лечения.

Очаг (зона) кровоизлияния состоит, как правило, из одного узла различного размера, соответствующего кровоснабжению артерии данной области. В отличие от этого очень часто встречается несколько отдельных узлов в различных долях или сливающих узлов в одной доле при внутримозговых гематомах. Масс-эффект и в том и в другом случае может быть выражен в различной степени, но при кровоизлиянии он обусловлен перифокальным отеком (узкая полоса низкой плотности вокруг), а при гематоме обусловлен диффузным отеком доли или гемисферы вследствие контузии.

Кровоизлияния, расположенные близко к микропроводящим путям (даже небольшие), часто прорываются в желудочки мозга. Гематомы даже крупных размеров при такой локализации очень редко дают прорывы в желудочки. Эволюция, как гематомы, так и кровоизлияния по КТ сходна и характеризуется прохождением 4-х стадий, но в отличие от кровоизлияния, при котором 100 % случаев формируется киста, на месте гематомы киста может не образоваться (особенно при небольших гематомах).

Выводы:

1. Компьютерная томография является информативным и объективным методом в диагностике поражений головного мозга.

2. КТ позволяет провести четкую дифференциальную диагностику между кровоизлияниями и внутримозговыми гематомами.

3. Диагностическая достоверность возрастает при комплексной оценке всех объективных и субъективных данных совместно с врачами травматологами, невропатологами и нейрохирургами.

Об исходах термоингаляционной травмы

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.c

С.Ю.Мельников, Ю.Д.Мельников
Медсанчасть "Северсталь", г. Череповец

Ожоговые поражения дыхательных путей (ОДП) могут возникать под влиянием пламени, горячего воздуха, токсических химических соединений. В ряде случаев указанное воздействие сочетается с механической и баротравмой. Наиболее тяжелые повреждения бывают у тех обожженных, которые находились в замкнутом пространстве - в жилом или рабочем помещении.

Ожоги сопровождаются нарушением эвакуаторной функции респираторного тракта и развитием дыхательной недостаточности. Своевременное дренирование трахеобронхиального дерева с помощью фибробронхоскопии, ингаляционной терапии, дыхательной гимнастики является одной из основных задач лечения пострадавших.

В течение последних 10 лет через ожоговое отделение медсанчасти "Северсталь", выполняющее функции областного ожогового центра, прошло 4216 больных с ожогами и обморожениями, из них с сопутствующими тяжелыми поражениями дыхательных путей 121 человек (2,9%).

Ожоги дыхательных путей, как правило, утяжеляют состояние больных и являются причиной большинства летальных исходов. Наряду с существующими традиционными методами лечения (антибиотикотерапия, ингаляции) в последние пять лет активно была подключена ранняя санационная бронхоскопия, которая позволила снизить летальность у тяжелых пораженных.

Показатели летальности при ОДП

Пятилетние периоды	Число больных ОДП	Летальность	
		Случ.	%
I	63	45	71,4
II	58	28	48,3

Выводы:

1. Проводимые у пострадавших с ожогами дыхательных путей лечебные мероприятия направлены, в первую очередь, на борьбу с бронхоспазмом, отеком и гибелью слизистой оболочки, гиперсекрецией эксудата в альвеолах и бронхах.

2. Осложняющими клиническое течение являются нарушения гемодинамики, гипоксемия и гипоксия, эндогенные инфекции, снижение иммунитета.

3. Выраженный положительный эффект отмечается при использовании санационной бронхоскопии и аэрозольной терапии.

PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version http://www.fineprint.c