

Пациентам на фоне противошоковых мероприятий и интенсивной терапии выполнялись различные виды манипуляций, операций: ПХО в 33% случаев, остеосинтез – в 18,5%, трепанация черепа и лапаротомия по 5,5%.

Средняя продолжительность койко-дней – 16. Процент умерших составил 20%, из них 50% скончались в первые 24 часа после поступления, причиной смерти в первые часы после поступления явилась острая массивная кровопотеря, тяжелая черепно-мозговая травма, шок 3-4 степени, в последующие дни самой частой причиной смерти явился развившийся отек головного мозга.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Плеханов В.И., Макаров М.Л., Барабаш В.И., Фролова В.В., Червова И.А., Зуфаров М.Н., Миронова Ю.Ю.

Городская клиническая больница №3, г. Астрахань

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения больных с переломами длинных костей нижних конечностей с помощью малотравматических операций.

В работе представлен анализ лечения больных травматологического отделения МУЗ ГКБ №3 г. Астрахань с переломами костей голени и бедренной кости. Исследовались материалы историй болезней, что позволило изучить вид и механизм получения травмы, распределение больных по полу и возрасту, по социальному положению и занятости. Анализировались результаты обследования в пред- и послеоперационном периоде (рентгенография и

лабораторные анализы), осуществлялось динамическое наблюдение. За 2006 год таких пациентов было 227, в 2007 г. - 234, в 2008 г. - 268. Больные поступали на лечение в экстренном порядке с закрытым и открытым переломом костей голени - 498 человек; с закрытым и открытым переломом бедра - 231 человек. Большинство больных (80 %) доставлены службой скорой помощи после получения транспортной и уличной травмы. 634 пациента (87 %) подвергся оперативному лечению. 95 больных (13 %) лечились консервативно. Остеосинтез длинных костей по малотравматической технологии выполнен 79 больным (11 %). Из них, с использованием блокируемого стержня бедра или голени 22 случая (3 %), с использованием саморасширяющегося стержня «Fixion» 14 (2 %), с использованием пластины с угловой стабильностью 43 случая (6 %). Результаты малотравматического хирургического лечения больных сравнивали с результатами лечения контрольной группы больных, оперированных обычными открытыми способами интра- и экстремедуллярного остеосинтеза. После выполнения малотравматических операций при переломах длинных костей нижних конечностей не требуется дополнительной гипсовой иммобилизации, что обусловлено надежной и стабильной фиксацией. Малотравматичное вмешательство в исследуемой группе позволяет выполнять раннюю активизацию больных. За счет сохранения кровоснабжения и механической стабильности в зоне перелома создаются условия для более быстрого образования костной мозоли и консолидации перелома, больным разрешается более ранняя нагрузка на конечность по сравнению с больными в контрольной группе.

Стратегия естественнонаучного образования

РОЛЬ ФИЗИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

Курбанова Н.Р., Бислимова Х.А., Субботина В.Г., Ушакова Н.Ю.

*Государственный Медицинский Университет,
г. Саратов, Россия*

Пальпация, перкуссия, аускультация почек до недавнего прошлого были незаменимыми, единственными методами в диагностике заболеваний почек. С момента внедрения в клиническую диагностику рентгеновского, позднее ультразвукового исследования эти методы несколько потеряли свое значение. Но в отсутствие рентгенологической, УЗИ аппаратуры при первичном осмотре врачом пациента, особенно в поликлинических условиях, физикальные методы являются незаменимыми. К сожалению, нельзя не отметить, что многие врачи не прибегают к физикальным методам обследования почек, уповают на лабораторную, инструментальную диагностику ввиду того, что не владеют в достаточной мере ими. Пальпация почек позволяет выявить поликистоз (двухстороннее увеличение почек), гидронефроз, опухоли (одностороннее увеличение почек), опущение почек. Пальпация почек затруднена, сложна для выполнения у тучных пациентов. Перкутировать почки у здоровых людей невозможно из-за особенностей их расположения и прикрытия спереди петлями кишечника. Перкуссия реберно-диафрагмального угла остается довольно информативным методом в выявлении пиелонефрита или других состояний с растяжением капсулы почек или ло-

ханок (паранефральный абсцесс, камни почек, инфаркт почек).

Болезненность, связанную в воспалением почки, с болезненностью, вызванной - воспалением брюшной стенки, можно дифференцировать применяя тест давления большого пальца, нажимая большим пальцем руки на область реберно-диафрагмального угла. Этот метод является альтернативным методу поколачивания реберно-диафрагмального угла. Большое значение имеет метод поколачивания в зоне проекции почек. Если больной при поколачивании ощущает боль, то симптом расценивается как положительный (симптом Пастернацкого), который определяется при почечнокаменной болезни, паранефрите, воспалительном процессе в лоханках. Симптом может быть ложноположительным при миозите, радикулите, что снижает его диагностическую ценность.

Аускультация почек играет важную роль в диагностике сосудистой патологии почек, при которой приблизительно у 50 % больных выслушивается систолический шум спереди по горизонтальной линии, проходящей через пупок. Систолический шум в эпигастральной области, в области пупка в сочетании с асимметрией артериального давления на конечностях – важный признак стеноза почечной артерии.

Нами обследовано 97 больных с различными заболеваниями почек с целью оценки значимости физикальных методов в их диагностике. Чувствительность метода пальпации почки для выявления ее увеличения составил 18 %, в то время как УЗИ позволило выявить увеличение в 97%. Положительный симптом Пастернацкого и болезненность в реберно-диафрагмальном углу определялись у 83 % больных с клиническими признаками обострения хронического