Выводы

1. Показано положительное влияние Анаферона детского на длительность основных клинических симптомов при ОРВИ и ротавирусной инфекции.

2. Использование Анаферона детского при ОРВИ и ротавирусной инфекции способствует быстрой санации организма от вируса.

3.С учетом доказанной терапевтической эффективности и безопасности рекомендовано более широкое применение Анаферона детского при ОРВИ и ротавирусной инфекции.

Список литературы

1. Учайкин В.Ф.Острые кишечные инфекции у детей: Учебно-методическое пособие. – М., 2005. – 116 с.

2. Иванова В.В. Инфекционные болезни у детей: Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009 – 832 с.

3. Васильев Б.Я. Острые кишечные заболевания. Ротовирусы и ротовирусная инфекция / Б.Я. Васильев, Р.И. Васильева, Ю.В. Лобзин. – СПб.: Лань, 2000 – 267 с.

4. Тихомирова О.В. Ротовирусная инфекция у детей / О.В. Тихомирова, Н.В. Сергиева, О.А. Аксенов // Рос. вестник перинотологии и педиатрии. – 2004. – Т.49, № 5. – С.51-56.

5. Тихомирова О.В. Место противовирусной терапии в лечении острых кишечных инфекций у детей / Детские инфекции 2008. № 4. С.51-55.

6.Рациональная фармакотерапия инфекционных болезней детского возраста: Руководство для практикующих врачей / Под ред. М.Г. Романова, Т.В. Сологуб, Ф.И. Ершова. – М.: Литтерра, 2009. – 664 с.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Янбарисова Э.В., Бадретдинова Ю.А., Хасанов А.Г.

БГМУ, Уфа,
e-mail: yanbarisova1985@mail.ru

Актуальность проблемы. Абдоминальные повреждения продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем в хирургии, травматологии и реаниматологии. В мирное время абдоминальные повреждения составляют 1,5-4,4% всех травм [4]. Структура травматизма колеблется за счет ДТП, падений с высоты, природных катаклизмов. Но значительное место в этой структуре занимает криминализация общества, которая возросла в последние годы.

Во время исследования было отмечено, что основным контингентом являются мужчины среднего, т.е. работоспособного возраста [1,2,3,5,6]. Из этого становится очевидным что, эта проблема является не только медицинской.

Учитывая, что в диагностике и лечении все же встречаются сложные случаи, которые приводят к тем или иным осложнениям эта проблема остается весьма актуальной.

Цель исследования: улучшить результаты диагностики и лечения больных с повреждениями паренхиматозных органов брюшной полости.

Материалы исследования. Материалом исследования явились результаты обследования и лечения 60 больных с различными видами повреждений, которые находились на лечении в 1-м хирургическом отделении МБУЗ ГКБ № 8 г. Уфы с 2008 по 2013 г. Мужчин было 57 (95%), женщин 3 (5%) больных. Из них у 37 (61,6%) больных имелись колото-резанные ранения брюшной полости проникающего характера. С тупой травмой живота 23 (38,3%) больных.

Из данной категории больных у 11 (18,3%) имелись сочетанные торакоабдоминальные травмы. По характеру повреждения криминальными явились у 52 (86,6%), автодорожные у 5 (8,3%), бытовые у 3 (5%) больных.

85% больных поступили впервые 2 часа с момента получения травмы.

Результаты и их обсуждение. Основополагающим моментом успешного лечения пациентов с травматическими повреждениями паренхиматозных органов является рациональное использование набора диагностических исследований с целью диагностики доминирующего повреждения, объема кровопотери, что позволяет в кратчайшие сроки выработать четкие показания к определенному виду оперативного пособия.

Объем кровопотери определяли по формуле Moore и с помощью шокового индекса Альговера.

Таблица 1

Возрастные категории пострадавших **с** абдоминальными повреждениями

Возраст	Количество	
	абс.	%
До 20 лет	8	13,3
21-30 лет	28	46,6
31-40 лет	15	25
41-50 лет	3	5
51-60 лет	4	6,6
60 и более лет	2	3,3

Гематокритный метод Moore

$$КВ= ОЦК(н)х(ГТ(н)-ГТ(ф))/ГТ(н),$$

где КВ – кровопотеря; ОЦК(н) – нормальный ОЦК; ГТ(н) – гематокрит в норме (у женщин – 42); ГТ(ф) гематокрит фактечиский, определенный после остановки кровотечения и стабилизации гемоданимики.

Шоковый индекс Альговера

$$ШИ=ЧСС/АДс.$$

В норме ИА=0,5.По величине индекса можно определить предполагаемый объем кровопотери.

Тяжесть состояния больного с кровотечением зависит не только от объема, но и скорости кровопотери. Поэтому величина кровопотери должна всегда оцениваться вместе с ее темпом.

Скорость кровопотери определяли по формуле

$$СК=к/ДТ,$$

где СК – скорость кровопотери, к – объем кровопотери в мл. ДТ – давность травмы (время от момента причинения травмы до момента исследования в часах).

Таблица 2

Степени тяжести острой кровопотери

Показатель	легкая	средняя	тяжелая
АД сист. (мм. рт. ст.)	норма	выше 90	ниже 90
ЦВД (см. вод. ст.)	5-15	ниже 5	ниже 0
Пульс (уд/мин)	до 100	до 110	выше 110
Диурез (мл/мин)	1-1,2	ниже 0,5	ниже 0,2
Гемоглобин (г/л)	выше 100	80-100	ниже 80
Дефицит ОЦК (%)	до 20	20-30	выше 30

Степень I – легкая кровопотеря. Общее состояние пациента удовлетворительное, имеют место общие признаки анемизации, такие, как слабость, головокружение, сердцебиение, отмечаются побледнение и сухость слизистых оболочек полости рта. Запустевают подкожные вены. При быстрой потере крови может быть обморок.

ЧСС не превышает 100 ударов в 1 мин, АД в пределах нормы, центральное венозное давление (ЦВД) – 5-15 см. вод. ст. Диурез не снижен. Содержание гемоглобина не менее 100 г/л, а дефицит ОЦК при этом обычно не превышает 20% по отношению к должному.

Степень 2 – средняя кровопотеря. Общее состояние больного средней тяжести, тахикардия до 110 ударов в 1 мин, систолическое АД не ниже 90 мм. рт.ст., ЦВД меньше 5 см. вод. ст. Темп мочевыделения снижается до 50% нормы (при норме 1-1,2 мл/мин). Содержание гемоглобина не менее 80 г/л, дефицит ОЦК – 20-50%.

Степень 3 – тяжелая кровопотеря. Общее состояние больного тяжелое, сознание спутанное. При продолжающемся кровотечении могут быть полная потеря сознания и кома. Тахикардия более 110 ударов в I мин, систолическое АД ниже 90 мм.рт.ст., Содержание гемоглобина менее 80 г/л. ЦВД становится отрицательным, резко уменьшается темп мочеотделения. развивается метаболический ацидоз. На ЭКГ появляются признаки ишемии миокарда. Дефицит ОЦК превышает 30%.

При быстрой потере более 40% ОЦК развивается геморрагический шок.

Таблица 3

Виды повреждений и их локализация

Повреждения	Абс.	%	смертность
Повреждение печени	38	30	0
Повреждение селезенки	22	36,6	0
Множественные повреждения	23	38,3	1
Торакоабдоминальные повреждения	11	18,3	1

Анализ определения тяжести состояния больного, объема и скорости кровотечения позволил нам получить следующие алгоритмы действий хирургов.

Алгоритм диагностики повреждений паренхиматозных органов брюшной полости при легкой степени кровопотери:

При осмотре больных с подозрением на повреждения паренхиматозных органов брюшной полости осуществляется сбор жалоб и анамнеза, проводятся клинико-лабораторные исследования, определяется дальнейшая тактика лечебных мероприятий:

1. Забор крови на анализ: Определение объема кровопотери (по величине гематокрита и т.д.). Определение количества тромбоцитов, времени свертывания крови, тромбинового времени, этаноловый тест для выявления наличия и стадии коагулопатии потребления.
2. Определение группы крови.
3. Катетеризация подключичной вены и определение центрального венозного давления (ЦВД).
4. Инфузионная терапия.
5. При отсутствии показаний к лапароцентезу и экстренной видеолапароскопии – рентгенография живота на свободный газ. В случае его обнаружения – срочная лапаротомия.
6. В случае отсутствия свободного газа в брюшной полости – ультразвуковое исследование брюшной полости и забрюшинного пространства.
7. Показания к компьютерной томографии не информативность ультразвукового исследования, например, из-за неподготовленности кишечника – наличие мышечного напряжения и перитонизма при наличии травмы грудной клетки и отсутствии клиники геморрагического шока (цель КТ – исключение повреждений паренхиматозных органов).

Алгоритм диагностики повреждений паренхиматозных органов брюшной полости при средней степени кровопотери:

Дополнительно к мероприятиям при легкой степени кровопотери

1. При отсутствии показаний к экстренной лапаротомии – противошоковые мероприятия. До операции главными компонентами инфузионной терапии должны быть коллоидные кровезаменители и кристаллоидные растворы. При риске или наличии коагулопатии потребления показано использование плазмы. Но вопрос о целесообразности переливания донорской крови решается только после ревизии органов брюшной полости, так как предпочтительнее провести реинфузию, если она возможна. Абсолютные противопоказания к ней – явный гемолиз и визуально-заметное инфицирование кишечным содержимым.

2. Показания к диагностической лапароскопии:

– травма грудной клетки, когда дифференциальный диагноз на основании клинических данных затруднен и есть вероятность повреждения органов брюшной полости;

– состояние комы при черепно-мозговой травме, когда выяснение жалоб и анамнеза невозможны, а механизм травмы черепа не исключает возможность повреждения органов брюшной полости;

– тяжелые переломы костей таза и/или позвоночника;

– критическое состояние пострадавшего, требующее срочного выяснения ведущего повреждения.

Обнаружение признаков массивного и/или продолжающегося внутрибрюшного кровотечения и/или перитонита – показание к лапаротомии.

3. Показания к экстренной первичной (без предварительного УЗИ) видео лапароскопии с возможным дополнением минилапаротомией или переходом на широкую лапаротомию:

– проникающие ранения передней брюшной стенки при отсутствии показаний к лапаротомии;

– закрытая травма живота при потере менее 500 мл крови и скорости кровопотери более 250 мл в ч;

– закрытая травма живота при потере 500-1000 мл крови (до 20% ОЦК), скорости кровопотери менее 500 мл в час, пульсе не более 100 ударов в минуту, систолическом артериальном давлении не менее 100 мм рт. ст.

При этом мы исходили из того, что широкая лапаротомия за счет операционной кровопотери усиливает тяжесть шока (Хакимов А.Т., 2012) и поэтому не всегда является методом выбора, тогда как при невозможности найти источник кровотечения или осуществить гемостаз при лапароскопии ничто не мешает хирургам перейти на широкую лапаротомию. Лапароскопия с конверсией в лапаротомию в среднем занимает не больше времени, чем первичная лапаротомия, поэтому опасаться потери времени нет оснований.

Алгоритм диагностики повреждений паренхиматозных органов брюшной полости при тяжелой степени кровопотери:

1. Перевод пострадавших с шокогенной травмой паренхиматозных органов на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), а затем на эндо трахеальный наркоз.

2. Показания к срочной диагностической лапароскопии по данным УЗИ и КТ:

– объем гемоперитонеума более 500 мл

– повреждения печени или селезенки IV-V степени по Moore

В частности, при сохранении и тем более нарастании болей в животе, лейкоцитоза, снижении кровяного давления, гемоглобина, гематокрита, увеличении объема жидкости в брюшной полости по данным УЗИ, рекомендуется диагностическая лапароскопия, в том числе повторная.

3. Для полной уверенности в целостности внутриорганных структур (центральные разрывы, гематомы) паренхиматозных органов необходимо провести интраоперационное УЗИ.

4. Показания для экстренной лапаротомии (выполняется в первые 30 минут после поступления в стационар):

– множественные колото-резаные ранения, проникающие в брюшную полость;

– огнестрельные ранения брюшной стенки или торако-абдоминальные;

– признаки массивного внутрибрюшного кровотечения (потеря более 1000 мл крови) и/или скорости кровопотери более 500 мл в час, и/или шока II-IV степени, и/или коагулопатии (цель операции – быстрая и гарантированная остановка кровотечения, а также реинфузия крови, излившейся в брюшную полость);

5. При торако-абдоминальной травме с нарастающим или напряженным гемопневмотораксом – экстренная декомпрессия плевральных полостей методом дренирования или перевода закрытого пневмоторакса в открытый.

При открытой травме грудной клетки без показаний к экстренной декомпрессии и без явных признаков повреждений паренхиматозных органов методом выбора является торакоскопия, через раневой канал. В случае наличия проникающего ранения передней брюшной стенки для выявления повреждений органов брюшной полости выполняем диагностическую лапароскопию через раневой канал. После чего гемостаз достигается лапароскопическим способом, либо переходом к классической широкой лапаротомии.

Таблица 4

Виды хирургических вмешательств

Оперативное вмешательство	Абс.	%
Первичная хирургическая обработка раны	43	71,6
Диагностическая лапароскопия	23	38.3
Диагностическая торакоскопия	9	15
Лечебная лапароскопия	11	18,3
Лапаротомия	24	40
Лапаротомия + торакотомия	3	5
Торакотомия + лапаротомия	8	13,3

Выводы

1. Для успешного лечения пациентов с травматическими повреждениями паренхиматозных органов является рациональное использование набора диагностических исследований с целью диагностики доминирующего повреждения, объема кровопотери и скорости кровопотери, что позволяет в кратчайшие сроки выработать четкие показания к определенному виду оперативного пособия.

2. Показания к экстренной первичной видео лапароскопии с возможным переходом на широкую лапаротомию:

– проникающие ранения живота при отсутствии показаний к лапаротомии; Закрытая травма живота при потере менее 500 мл крови и скорости кровопотери более 250 мл в час

– закрытая травма живота при потере 500 – 1000 мл крови до 20% ОЦК, скорости кровопотери менее 500 мл в час пульс не более 100 ударов в мин, систолическом АД не менее 100 мм рт. ст.

3. Показанием к лапаротомии служит обнаружение при ЛПС размозжение паренхиматозных органов.

4. При травмах паренхиматозных органов после оценки состояния пациента и оценки объема и скорости кровопотери диагностическим алгоритмом является УЗИ органов брюшной полости, диагностическая ЛПС, лечебная ЛПС и традиционная лапаротомия.

5. При легкой и средней тяжести состояния предпочтение следует отдавать лечебной ЛПС с органосохраняющими оперативными вмешательствами.

6. При тяжелой степени состояния больного показана традиционная лапаротомия.

Список литературы

1. Гарбузенко Д.В. избранные лекции по неотложной абдоминальной хирургии / Д.В. Гарбузенко – Saarbrucken, Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH& Co., 2012. – 99 с.

2. Ермолов А.С. Абдоминальная травма: руководство для врачей / А.С. Ермолов М.Ш. Хубутия, М.М. Абакумов. – Москва: издательский дом Видар – М. – 2010 – 504 с.

3. Сабиров Ш.Р. Органосохраняющие принципы гемостаза при повреждениях паренхиматозных органов: диссертация… доктора медицинских наук. / Ш.Р. Сабиров – М., 2006. – 348 с.

4. Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Хасанов А.Г., Каюмов Ф.А. Органосохраняющая и миниинвазивная хирургия селезенки / В.М. Тимербулатов, Р.Р. Фаязов, А.Г. Хасанов, Ф. А. Каюмов. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 224 с.

5. Чумаков А.А. Показания к лечебнодинамическим видеолапароскопиям при проникающих ранениях брюшной полости / А.А. Чумаков, В.Н. Малашенко, А.Н. Хореев, С.В. Козлов // материалы второй научно-практической конференции хирургов северо-запада и 23 республики Корелия совместно с Санкт-Петербургским НИИ скорой помощи им. Проф. И.И. Джанелидзе. – Петрозаводск. – 2000. – С. 93-94.

6. Шевченко Ю.Л. Интраоперационное ультразвуковое исследование в частной хирургии / Ю.Л. Шевченко. – М., 2006. – 240 с.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ НЕФРЭКТОМИИ

Янбарисова Э.В, Гильмутдинов А.Р.

БГМУ, Уфа, e-mail: yanbarisova1985@mail.ru

Наблюдения проведены у 103 больных за 2010-2012 гг., оперированных по поводу различных заболеваний почки, приведшей к нефрэктомии. Всем больным проводились в динамике клинические анализы крови, мочи, УЗИ почек и ЭКГ исследования. Первую группу (62) составили больные, направленные непосредственно из стационарного этапа на санаторно-курортное долечивание. Во вторую группу вошли 41 пациентов, не получавших реабилитационные мероприятия в условиях санатория. Под влиянием комплексного санаторного лечения у большинства пациентов наблюдалась благоприятная динамика клинических проявлений в виде нормализации сниженного аппетита, исчезновения запоров и тошноты, астенического синдрома, отсутствие нарушений психоэмоционального статуса, повышенной утомляемости. В группе сравнения, без курса санаторной реабилитации, в течение срока наблюдения у большинства пациентов отмечались астеноневротический, болевой синдромы, диспепсические нарушения.

Актуальность проблемы. В настоящее время частота нефрэктомий колеблется от 39% до 60% от общего числа выполняемых операций на почках, особенно при мочекаменной болезни.

Функциональное состояние оставшейся почки в послеоперационном периоде, в какой-то степени оказывается нарушенной, которая зависит от многих причин. У значительного числа пациентов развивается хронический пиелонефрит, нередко наблюдается нефролитиаз, реже – опухоли и туберкулез [1]. Выделительная функция единственной почки нарушается, часто возникает артериальная гипертензия (АГ), развивается ряд сопутствующих заболеваний, отягощающих общее состояние пациентов. Все это требует своевременной и эффективной реабилитации оперированных, что способствует первичной и вторичной профилактики ряда заболеваний единственной почки, а также экстранефральной патологии [2, 3].

Целью исследования явилась разработка эффективных комплексов восстановительного лечения больных после нефрэктомии с использованием минеральных вод с учетом клинико-функциональных особенностей послеоперационного периода.

Материал и методы. Наблюдения проведены у 103 больных за 2010-2012гг., оперированных по поводу различных заболеваний почки, приведшей к нефрэктомии, среди которых наиболее частыми оказались: мочекаменная болезнь, острый осложненный пиелонефрит, осложненный гидронефроз, травмы и ранения почки. Средний возраст оперированных –45,0±5,3 лет, женщин – 57, мужчин – 46.

Всем больным проводились в динамике клинические анализы крови, мочи, УЗИ почек и ЭКГ исследования. Определяли общий белок и белковые фракции, уровни креатинина и мочевины в сыворотке крови, клиренса эндогенного креатинина или скорости клубочковой фильтрации, концентрационной способности почки. По показаниям проводили хромоцистоскопию, внутривенную урографию.

В зависимости от проводимой терапии в отдаленном послеоперационном периоде, оперированные разделены на две группы.

Первую группу (62) составили больные, направленные непосредственно из стационарного этапа на санаторно-курортное долечивание. Во вторую группу вошли 41 пациентов, не получавших реабилитационные мероприятия в условиях санатория.

Для восстановительной терапии для больных первой группы разработан лечебный комплекс, включающий лечебное питание по системе Института питания АМН РФ, режим двигательной активности, соответствующий состоянию больного, лечебную физкультуру, внутренний прием минеральной воды. Казанчинская минеральная вода (санаторий Танып), относящаяся к гидрокарбонатно-сульфатным натриево-кальциевым маломинерализованным водам, а также минеральные ванны из этой же воды.

Минеральная вода назначалась за 45-60 минут до еды 3 раза в день по 200-250 мл на каждый прием. Процедуры минеральных ванн проводились при t=37°C через день, 8-10 сеансов на курс лечения.

Больные второй группы (сравнения) наблюдались в амбулаторно-поликлинических условиях без получения специальных реабилитационных мероприятий.

Статистический анализ полученных результатов проведен с использованием программы Statistic for Windows v.6.0.