

4. Нузова О.Б. Магнитолазеротерапия и милиацил в лечении трофических язв нижних конечностей // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2010. – Т. 3, № 3. – С. 234–238.

5. John T.S. Innovative therapies in wound healing / T.S. John, F. Vincent // Journal of Cutaneous Medicine and Surgery. – 2003. – Vol. 7, № 3. – P. 217–224.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

Гусейнов А.Г.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, e-mail: puchok317@rambler.ru

Актуальность темы сочетанной травмы очевидна. Наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, травма является одной из трех основных причин смертности населения России. Если в 1939 году смертность от травм находилась на 5-м месте, то в 1959 – на третьем, а с 1992 – на втором, играя значительную роль в депопуляции населения страны. Возникла нетипичная демографическая ситуация, когда рождаемость в России соответствует развитым странам, а смертность – слаборазвитым. Для других стран нетипичен и колоссальный разрыв смертности между мужчинами и женщинами – до 14 лет. Если учесть, что сердечно-сосудистые и онкологические заболевания рассматриваются не только как болезни, но и как этапы биологического умирания организма, поскольку вечно жить нельзя, то смертность от травм – удел в основном лиц молодого и среднего возраста. Гибель 20-летнего человека с учетом его трудового и репродуктивного потенциала не может быть приравнена к смерти 80-летнего. Во всем мире отмечается не только увеличение частоты травм, но и изменение структуры травматизма в сторону роста сочетанных повреждений, что придает проблеме лечения травм не только медицинскую, но и социальную значимость.

В структуре травматизма на первом месте по частоте стоят повреждения от ДТП, на втором – падения с высоты, затем производственные, спортивные и другие травмы, в том числе участвовавшие криминальные или умышленные.

Множественность травм при ДТП обусловлена высокой энергией автомобиля и многофазностью наносимых повреждений. Так, при автонаезде пешеход получает переломы нижних конечностей и таза, затем его отбрасывает на капот с повреждением черепа и груди. В следующую фазу он падает с капота, ударяясь о мостовую и столбы освещения.

Таким образом, лечение политравм стало одной из ключевых проблем мировой и отечественной медицины. В России убыль населения растет угрожающими темпами и свою роль в этом играет летальность от ДТП. Из выживших пострадавших почти треть становится инвали-

дами, а более чем у половины из них снижается качество жизни.

Меры по улучшению непосредственных исходов, т.е. по уменьшению летальности:

1. На догоспитальном этапе внедрение средств временной остановки внутренних кровотечений, включая пневматический противошоковый костюм «Каштан».

2. Улучшение экспресс-диагностики внутренних кровотечений за счет внедрения ультразвукового исследования и компьютерной томографии, многократно ускоряющих исследования.

3. Совершенствование интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии.

4. Малоинвазивная хирургия.

5. Малоинвазивная ортопедия с использованием аппаратов внешней фиксации.

Меры по улучшению отдаленных исходов, т.е. по уменьшению инвалидности и восстановлению качества жизни:

1. Профилактика и лечение гнойных осложнений – как послеоперационных, так и вследствие открытых переломов.

2. Использование современных средств остеосинтеза, в том числе внеочагового и блокируемого остеосинтеза, дающих возможность ранней функции суставов.

3. Ранняя реабилитация.

Успех лечения сочетанной травмы зависит не только от правильного выбора методов лечения, но и от умения находить для них оптимальное время. Например, всем ясно, что перелом костей конечностей требует репозиции и фиксации костных отломков, но в остром периоде травматической болезни это может усугубить травму и углубить шок. Необходим взаимоучет степени и цены риска: степень риска не должна превышать его цену. Для политравмы характерно поэтапное изменение содержания понятий цены и степени риска. Например, погружной остеосинтез бедра в остром периоде – крайне рискованное вмешательство, расцениваемое как тактическая ошибка. Но, с другой стороны, скелетное вытяжение, будучи щадящим методом лечения переломов, у пожилых больных чревато смертельно опасными гипостатическими осложнениями, риск которых становится выше риска оперативного вмешательства. Оптимальными являются миниинвазивные виды остеосинтеза, а именно – остеосинтез блокированными стержнями и аппаратами внешней фиксации.

При травмах высокой энергии внеочаговый остеосинтез аппаратами внешней фиксации остается методом выбора, а зачастую и безальтернативным (хотя и он не совершенен, и в каждом случае следует делать поправку на конкретные условия). В данном контексте уместно привести наши разработки, защищенные патентами РФ на изобретения и полезные модели и позволяющие повысить эффективность лечения пострадавших с политравмой.

Традиционный остеосинтез по Илизарову не оптимален для экстренного применения – из-за трудоемкости монтажа аппарата и громоздкости его внешней рамы. Нами предложено устройство для остеосинтеза голени (патент РФ на изобретение №2200499), базовые кольца которого соединяют телескопическими штангами с заранее установленными пластинками. Дистракцией устраняют грубое смещение, и на этом urgentная часть операции завершается. Репонирующие спицы устанавливаются в плановом порядке в опоре, фиксируемой на ранее установленных пластинках. Устройство отличают оптимальные условия для экстренного применения, меньшая длина плеч спиц и большая жесткость системы с компактной внешней рамой.

При использовании спиц с упором чтобы не вступить в конфликт с сосудами и другими тканями, зачастую приходится отклоняться от оптимального уровня и направления их проведения. Нами предложено компрессирующее устройство-«отталкиватель» (патент РФ на изобретение №2243741), монолатерально фиксируемое на внешней раме аппарата Илизарова. Его отличает простота, атравматичность и возможность боковой компрессии без сквозного прохождения спиц через сегмент конечности.

Внеочаговый остеосинтез является методом выбора при политравме, причем предпочтительнее стержневые аппараты внешней фиксации из-за простоты и быстроты их монтажа. Нами предложены два стержневых аппарата, первый из которых (положительное решение на выдачу патента на изобретение № 2011113058) состоит из сдвоенной центральной части с разнонаправленной внешней резьбой и шаровидным шарниром и двух периферических частей с продольным пазом. В этих продольных пазах кронштейнами с гайками фиксируют чрескостные элементы – стержни Шанца. Сведением, разведением и поворотом периферических частей устраняют смещение костных отломков по длине и оси, а положением шаровидного шарнира – по оси и под углом. Преимуществами устройства являются: быстрота компоновки; высокая управляемость костными отломками во всех плоскостях, причем одно и то же действие можно выполнить разными репонирующими узлами, что позволяет сделать оптимальный выбор в каждом конкретном случае; отсутствие необходимости в сквозном проведении стержней; оптимальные свойства для urgentного применения.

Второй аппарат (положительное решение на выдачу патента на полезную модель № 2011112516) состоит из стержней Шанца и деталей аппарата Илизарова и, помимо вышеуказанных преимуществ, отличается отсутствием необходимости в поиске деталей для компоновки, а также возможностью использования не только одного, монолатерально расположенного устройства, но и двух – располагаемых как от-

дельно с обеих сторон сегмента, так и под углом друг к другу с соединением их между собой резьбовыми стержнями, кронштейнами и гайками.

При множественных переломах ребер по двум и более линиям возникает «реберный клапан» или флотирующая реберная панель. Грубые расстройства биомеханики дыхания приводят к критическим нарушениям газообмена, для предупреждения чего существуют различные способы фиксации реберной панели. Их недостатками являются низкая эффективность и опасность повреждения сосудов и органов грудной клетки. Нами предложено устройство (положительное решение на выдачу патента на изобретение № 2009142648) из спиц Киршнера и деталей аппарата Илизарова. Выполняют анестезию мест проведения изогнутых фрагментов спиц в количестве от 3 до 5, в зависимости от формы и площади реберной панели. Горизонтальный отрезок каждого из фрагментов спиц проводят над ребрами, а следующий фрагмент – под концом предыдущего, и этим создают их взаимную сцепку. Затем налаживают систему вытяжения из балканской рамы и роликов, расположением которых задают уровень и направление вытяжения.

Предложенные нами способы оптимизации лечения пострадавших с сочетанной травмой просты и эффективны. Они не нуждаются в дополнительном инструментарии, затратах или долгих приготовлениях и могут быть рекомендованы для применения в хирургических и травматологических отделениях лечебных учреждениях любого уровня.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕСИИ

Джанибекова А.С.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная
медицинская академия», Ставрополь,
e-mail: Asya-8686@yandex.ru

Распространенность аллергических болезней сегодня настолько велика, что многие из них считаются массовыми. Для наиболее эффективного планирования лечебно-профилактических мероприятий необходимы объективные сведения об эпидемиологии аллергических заболеваний у детей, которые могут быть получены стандартизованными методами. Полученные данные позволяют оптимизировать работу по совершенствованию амбулаторной и специализированной помощи детскому населению.

Среди проблем современной педиатрии аллергические заболевания занимают второе место в связи с большой распространенностью (до 40% населения в целом и 10-12% – в детской популяции) и определенными трудностями в диагностике, лечении и реабилитации, уступая только вирусным инфекциям. По данным НИИ