

циентов с различной характеристикой повреждений: первая группа – это пострадавшие с преобладанием симптомов повреждения органов грудной клетки – 1 (5%); вторая группа – больные с преобладанием симптомов повреждения органов брюшной полости – 14 (70%); третья группа – пациенты с, одинаковыми по сложности, повреждениями органов грудной и брюшной полостей – 5 (25%).

Наиболее частые были повреждения следующих органов: печени 9 (45%), селезенки 5 (25%), почки 3 (15%) (все с летальным исходом), желудка 2 (10%), легкого 2 (10%), сальников и брыжеек 2 (10%), толстого кишечника 2 (10%).

При поступлении состояние пострадавших было тяжелое или крайне тяжелое, обусловленное массивной кровопотерей. Во всех случаях ставились экстренные показания к операции. Перикардотомия была выполнена в 1 (5%) случае. Торакотомия слева, наряду с л=апаратомией, была выполнена 3 пациентам (15%). Показанием к выполнению торакотомии явилось подозрение на ранение сердца в связи с наличием инородного тела (ножа) в грудной клетке 1 случай (5%), и гемоторакс до пятого ребра 1 случай (5%), а так же транслокация большого сальника в плевральную полость. В 8 случаях (40%) после операции производили дренирование плевральной полости. Лапаротомия была проведена всем поступившим с диагностической и лечебной целью. Наиболее частым показанием к выполнению лапаротомии явилось кровотечение в брюшную полость.

Ранение диафрагмы у 19 (95%) пациентов было ушито через брюшную полость при лапаротомии, печени – 9 (45%), желудка – 2 (10%), толстого кишечника – 2 (10%), сальника и брыжеек – 2 (10%) раненных. 3 пациентам была произведена нефрэктомия. Ранение селезенки было выявлено у 5 (25%) пострадавших. Спленэктомия была проведена в 3 случаях (15%). В 1 (5%) случае выполнена спленэктомия, с последующей аутотрансплантацией органа. В 1 (5%) случае – ушивание раны селезеночного угла толстого кишечника. Повторная лапаротомия была выполнена 2 раза. Целью релапаротомии в одном случае было вскрытие и дренирование гематомы печени; в другом случае к повторной лапаротомии прибегли в связи с ухудшением состояния пациента – открытием вторичного кровотечения в забрюшинном пространстве, что привело в итоге к летальному исходу в данном случае.

В послеоперационном периоде больные получали интенсивную терапию в условиях отделения реанимации: Искусственную вентиляцию легких, переливание компонентов крови, кровезаменителей, профилактику гнойно-септических осложнений. По мере стабилизации состояния, больных переводили в отделение хирургии для дальнейшего лечения и выписки из стационара. Продолжительность среднего койко-дня составила 13. Всего различных осложнений в послеоперационном периоде было выявлено у 9 (45%) пациентов в разных вариациях. Наиболее частыми и опасными явились геморрагический шок III–IV степени, ретро- и интраперитонеальное кровотечение. В результате лечения 20 пострадавших с торакоабдоминальными ранениями 17 пациентов было выписано, у 9 наблюдались послеоперационные осложнения. Летальный исход отмечен у 3 (15%) мужчин в возрасте от 27 до 49 лет: 2 случая с правосторонним ранением диафрагмы и в одном случае – левостороннее ранение. У всех умерших больных диагностировалось повреждение почки и реже – ее сосудистой ножки, сопровождающееся массивной кровопотерей. Летальные случаи обусловлены несо-

вместимой с жизнью характером травмы, ранением крупных сосудов и массивной кровопотерей, поздней обращаемостью, объективными трудностями диагностики. Тяжесть состояния пациентов и клинические проявления торакоабдоминальных ранений обусловлены объемом интраоперационной кровопотери, количеством послеоперационных осложнений.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Копейкин К.В., Королева С.В.

*Ивановский институт ГПС МЧС России, Иваново,
e-mail: drqueen@mail.ru*

Стресс – неустраняемый элемент профессиональной среды лиц опасных профессий, в том числе, пожарных и спасателей. Основной проблемой сохранения профессионального долголетия является поиск и активное внедрение объективных технологий ранней донозологической диагностики дезадаптивных стрессогенных расстройств. Традиционный медосмотр в состоянии диагностировать, главным образом, устойчивые нозологические формы. Поэтому целью исследования стал поиск и обоснование ранних, донозологических маркеров стрессогенных дезадаптивных расстройств здоровья у курсантов пожарного института в динамике нагрузки, имитирующей экстремальную при пожаре. Пилотным исследованием было установлено, что первичные формы психофизиологической дезадаптации имеют в том числе и вегетативную природу (оценивалась по вариабельности ритма сердца – ВРС), а также определенные взаимосвязи спокказателями церебральной гемодинамики и психофизиологического тестирования (использовалось аппаратно-программное обеспечение для реографии и психотестирования ООО «Нейрософт» (г. Иваново)). При обследовании 87 курсантов института (из них 20 – в динамике эмоциональной нагрузки) определены популяционные, характерные для огнеборцев нормы и маркеры психофизиологических показателей на воздействие стресса. Целевыми тенденциями профотбора могут стать парасимпатикотония с повышенной реактивностью по данным ВРС и сбалансированные показатели психофизиологического тестирования вне нагрузки. Признаками предельного напряжения компенсаторных механизмов с тенденцией к срыву можно считать снижение реактивности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы с увеличением адренергических влияний, а также снижение ДИК и увеличение ПВО по гипотензивному типу реагирования по данным церебральной реографии. Таким образом, определены и патогенетически обоснованы ранние маркеры дезадаптивных расстройств, что может явиться основой для совершенствования профотбора, тренировки и реабилитации лиц опасных профессий.

СТРУКТУРА ПАТОЛОГИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Королев В.А., Кирищева Н.Е., Никитина Е.С.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск, e-mail: natali.kirischeva@yandex.ru*

Среди наиболее актуальных и существенных проблем современного человечества является воздействие ксенобиотиков на здоровье и, что особенно важно, развитие детей, а также развитие патологических состояний детского организма в условиях техногенного загрязнения окружающей природной среды.