

эритроциты, тромбоциты и лейкоциты, является наиболее приемлемым.

Таким образом, у больных хирургического профиля с синдромом эндогенной интоксикации выявлены количественные и качественные взаимоотношения форменных элементов крови, оказывающие влияние на длительность госпитализации и прогноз. Наличие корреляционной взаимосвязи между эритроцитами, тромбоцитами и лейкоцитами, а также сохранение различий этих параметров между исследуемыми группами в процессе интенсивной терапии свидетельствуют о наличии стереотипного ответа клеточного элемента системы крови на воздействие эндотоксинов, проявляющегося в виде сопряженных количественных изменений. При этом полученная формула наиболее применима на 5—7-е сут после операции, при проведении консервативного лечения.

Выводы:

1. При рассмотрении двух выбранных соотношений форменных элементов крови наиболее рациональным и применимым в практической деятельности следует считать (Eг×Tr)/Le.

2. Выбранное соотношение форменных элементов крови коррелирует с исходом сильно обратно положительной связью. При уменьшении показателя данного соотношения на фоне продолжающейся терапии прогноз ухудшается, что указывает на целесообразность поддержания срединного значения, характеризующее оптимальное соотношение ФЭК для их полноценного функционирования.

3. Наиболее информативно соотношение (Eг×Tr)/Le на 5—7-е сут после операции, когда влияние хирургического лечения уменьшается, соответственно данная формула применима в указанные сроки в основном при проведении консервативного лечения. Второе же соотношение, учитывающее лимфо- и моноциты,

применимо в большей степени на ранних сроках заболевания.

4. В терапии исследуемой группы пациентов необходимо сохранять именно нормальное соотношение форменных элементов крови, а не только корректировать отдельные звенья системы крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельфанд, Б.Р. Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т. / Б.Р. Гельфанд; под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Т. I. — 960 с.
2. Перитонит. Синдром острой полисистемной дисфункции. Эндогенная интоксикация / Д.В. Садчиков, А.С. Мильцын, О.В. Осипова, И.В. Архипов. — Саратов: Изд-во СГМУ. — 2001. — Ч. I.
3. Мавродий, В.М. Анемия: синдромный подход / В.М. Мавродий. — Донецк: Заславский А.Ю., 2010. — 48 с.
4. Рослый, И.М. Правила чтения биохимического анализа / И.М. Рослый, М.Г. Водолажская. — М.: МИА, 2010. — 96 с.
5. Бэйн, Б. Практическая и лабораторная гематология / Б. Бэйн, С.М. Льюис, И. Бэйтс. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. — 720 с.

REFERENCES

1. Gelfand, B.R. Intensivnaya terapiya: nacional'noe rukovodstvo: v 2 t. / B.R. Gelfand; pod red. B.R. Gelfanda, A.I. Saltanova. — M.: GEOTAR-Media, 2009. — T. I. — 960 s.
2. Peritonit. Sindrom ostroi polisistemnoi disfunkcii. Endogennaya intoksikaciya / D.V. Sadchikov, A.S. Mil'cyn, O.V. Osipova, I.V. Arhipov. — Saratov: Izd-vo SGMU. — 2001. — Ch. I.
3. Mavrodii, V.M. Anemiya: sindromnyi podhod / V.M. Mavrodii. — Doneck: Zaslavskii A.Yu., 2010. — 48 s.
4. Roslyi, I.M. Pravila chteniya biokhimicheskogo analiza / I.M. Roslyi, M.G. Vodolazhskaya. — M.: MIA, 2010. — 96 s.
5. Bein, B. Prakticheskaya i laboratornaya gematologiya / B. Bein, S.M. L'yuis, I. Beits. — M.: GEOTAR-MED, 2009. — 720 s.

© В.Ф. Чикаев, Р.А. Ибрагимов, Г.И. Микусев, Ю.В. Бондарев, А.Р. Айдаров, 2013

УДК 617.55-001

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

ВЯЧЕСЛАВ ФЕДОРОВИЧ ЧИКАЕВ, докт. мед. наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и ХЭС ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8-927-434-48-29, e-mail: prof.chikaev@gmail.com

РИНАТ АБДУЛКАБИРОВИЧ ИБРАГИМОВ, канд. мед. наук, хирургическое отделение № 2 ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани, e-mail: rinatibr@mail.ru

ГЛЕБ ИВАНОВИЧ МИКУСЕВ, канд. мед. наук, зав. травматологическим отделением ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани, e-mail: g.mikusew@mail.ru

ЮРИЙ ВИКТОРОВИЧ БОНДАРЕВ, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 3 ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани

АЗАТ РИНАТОВИЧ АЙДАРОВ, хирург ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани, e-mail: azat041@yandex.ru

Реферат. Проведен анализ и определение тактики диагностики повреждения живота у пострадавших с сочетанной травмой. В большинстве случаев встречались сочетание двух анатомических областей. Повреждение трех анатомических областей наблюдалось в 11,7%. От общего числа сочетанных травм пациенты с повреждениями органов брюшной полости составили 11,2%: 6,6% в сочетании с повреждением конечностей и 4,6% — с черепно-мозговой травмой. При сочетанной абдоминальной травме наблюдались тяжелые (42%) и крайне тяжелой степени (30%) тяжести повреждения, легкая степень — в 21%, средняя тяжесть — в 7%. По нозологии среди пострадавших преобладали пациенты с повреждением мочевыводящих путей в 49,8%, из них чаще встречались ушибы почек (35%), разрывы мочевого пузыря и уретры (13,7%), разрыв почки (1,1%). Внутрибрюшное кровотечение наблюдалось в 40,3%, при этом в 25,2% случаев причиной были разрывы печени и селезенки, в 15,1% — повреждение брыжейки и сальника. При сочетанных травмах в диагностике травм живота необходимо использовать комплекс диагностических пособий в зависимости от состояния пострадавшего, при повреждении органов брюшной полости устранение повреждений брюшной полости имеет приоритетное значение.

Ключевые слова: сочетанная травма, повреждение живота, пострадавший.

DIAGNOSTIC AND TREATMENT FEATURES IN PATIENTS WITH CONCOMITANT ABDOMINAL INJURIES

VIACHESLAV F. CHIKAEV, PhD, Professor, Department of traumatology, ortopedy and emergency surgery GBOU VPO «Kazan State Medical University», Russian Ministry of Health, Kazan city, prof.chikaev@gmail.com, 89274344829

RINAT A. IBRAGIMOV, MD, surgeon № 2, GAUZ «GKB № 7, Kazan city, rinatibr@mail.ru

GLEB I. MIKUSEV, MD, Head of the Traumatology GAUZ «GKB № 7» Kazan city, g.mikusev@mail.ru

JURII V. BONDAREV, MD, Head of the Department of surgery № 3 GAUZ «GKB № 7» Kazan city

AZAT R. AIDAROV, surgeon of the Department of surgery № 3 GAUZ «GKB № 7» Kazan city, azat041@yandex.ru

Abstract. We analyzed and established diagnostic tactics in patients with concomitant abdominal injuries. In most cases there were combined injuries of two anatomical regions. Combination of injuries of three anatomical regions was in 11,7%. In the total count of concomitant injuries, percentage of abdominal injuries was 11,2%, that included 6,6% combination with limb traumas, 4,6% — with neurotraumas. In case of concomitant trauma the structure of severity was: severe trauma (42%) and extremely severe (30%), mild in 21%, the middle severity was at 7%. Using the nosological approach, we mentioned that most patients had damage of the urinary tract (49,8%). In these injuries there were 35% of kidney contusions, ruptures of the urinary bladder and urethra 13,7%, 1,1% — kidney ruptures. Intraperitoneal bleeding was discovered in 40,3%, in 25,2% it was liver and spleen trauma, in 15,1% — the mesentery and omentum ruptures. In case of concomitant trauma the range of diagnostics depends on patients' actual status, and in presence of abdominal injuries, surgical treatment is prior to others.

Key words: concomitant trauma, abdominal injuries, injured patient.

Одной из актуальных проблем современной хирургии является тяжелая сочетанная травма. В общей структуре травм мирного времени доля сочетанных повреждений достигает до 36%. Треть поступивших умирает в первые сутки лечения. Летальность достигает от 23,3 до 85% [2, 3]. Причина высокой летальности при сочетанной травме многофакторная и зависит:

- от тяжести повреждений;
- на догоспитальном этапе от своевременной, адекватной реанимационной терапии бригадой скорой медицинской помощи;
- в госпитальном периоде лечения на первом этапе — от оперативности диагностики и устранения жизнеугрожающих повреждений, проведение максимально щадящего оперативного пособия;
- от интенсивной протившоковой терапии в условиях реанимации и быстрого восстановления физиологических процессов организма.

Цель исследования — анализ и определение последовательности в диагностике повреждения живота у пострадавших с сочетанной травмой.

Материал и методы. Нами проведен анализ госпитализируемых больных с сочетанной травмой в ГАУЗ БСМП №1 г. Казани за 2008—2012 гг.

Результаты и их обсуждение. В течение последних 5 лет в клинику госпитализировано 2 145 пациентов. Сочетанная травма преимущественно наблюдалась у пациентов работоспособного возраста от 18—50 лет и составляла 77,4%. Травму чаще получали мужчины (63,5%), женщины реже (37,5%). В большинстве случаев встречалось сочетание двух анатомических областей. Превалирующими травмами были сочетание черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и повреждение конечностей (43,7%), конечность, грудь (7,9%), конечность, позвоночник (17,2%), конечность, таз (8,3%). Повреждение трех анатомических областей конечность, голова, грудь наблюдалось в 11,7%.

Среди пациентов с ведущей травмой опорно-двигательной системы при оценке тяжести повреждений по шкале ВГХ преобладали тяжелые и средней тяжести повреждения в 56,8% и в 23,8% соответ-

ственно, крайне тяжелые — в 2,9%, легкой степени тяжести — в 16,5%.

При ЧМТ по тяжести повреждений преобладали пострадавшие легкой степени (51%), средней тяжести (24,6%), тяжелой степени (15%), крайне тяжелой степени (9%).

От общего числа сочетанных травм пациенты с повреждениями органов брюшной полости составили 11,2%: при этом 6,6% — в сочетании с повреждением конечностей и в 4,6% — с черепно-мозговой травмой. При сочетанной абдоминальной травме наблюдались тяжелые (42%) и крайне тяжелой степени (30%) тяжести повреждения, легкая степень в 21%, средняя тяжесть в 7%. По нозологии среди пострадавших преобладали пациенты с повреждением мочевыводящих путей в 49,8%, из них чаще встречались ушибы почек (35%), разрывы мочевого пузыря и уретры (13,7%), разрыв почки (1,1%). Внутрибрюшное кровотечение наблюдалось в 40,3%, при этом в 25,2% причиной были разрывы печени и селезенки, в 15,1% повреждение брыжейки и сальника. Реже наблюдалась травма кишечника (2,2%) и гениталий (2,2%).

Среди умерших с сочетанной травмой наблюдалось повреждение печени (14%), почек (10%), забрюшинная гематома (15%), травма мочевого пузыря (5%), повреждение кишечника (1%).

Пострадавшие с сочетанной травмой поступали в реанимационный зал приемного отделения. При этом решались три главные задачи:

- диагностическая последовательность с учетом инфомативности;
- выбор хирургического лечения и ее необходимость;
- интенсивная терапия.

Правило трех катетеров, как никогда, актуально с первых минут поступления пострадавшего в протившоковую палату. Первое: центральная вена; второе: обеспечение дыхания, при необходимости интубация; третье: катетеризация мочевого пузыря.

Комплекс диагностических исследований у пострадавших с сочетанной травмой проводился бригадным методом с использованием, помимо традиционных,

различных инструментальных методик и приемов. Главной задачей было определение преобладающего угрожающего жизни повреждения и вызывающего тяжелые осложнения.

Если первичную, ориентировочную диагностику повреждений опорно-двигательной системы можно провести при объективном исследовании, то повреждение живота, грудной полости и полости черепа, особенно при утрате сознания пациентов, вызывает значительные трудности.

При легкой степени травмы, когда не нарушен контакт с пострадавшим, диагностика повреждений органов брюшной полости не отличается от таковой при изолированной травме (жалобы, анамнез, клинико-лабораторные данные, использование инструментальных методов — неинвазивных: ультразвуковое, рентгенологическое исследования, компьютерная томография). При неясных и сомнительных случаях использовали хирургические методы: лапароцентез или видеолапароскопию.

Наибольшие трудности составляет диагностика травмы живота у пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой в состоянии комы. Клинические признаки травмы затушевываются тяжестью общего состояния, и теряются на фоне ярких проявлений политравмы или могут быть истолкованы как проявление других, более очевидных повреждений.

При нестабильной гемодинамике параллельно реанимационным мероприятиям в условиях противошокового реанимационного приемного отделения, при сомнениях и у пострадавших без сознания, с целью исключения повреждения со стороны органов брюшной полости показаны хирургические методы — лапароцентез, при наличии срединного рубца микролапаротомия в подвздошных областях. Один из информативных методов, таких как видеолапароскопия, не всегда может использоваться у этой категории пострадавших.

При лапароцентезе поступление крови по трубке не всегда позволяет определить интенсивность кровопотери и необходимость оперативного вмешательства, во избежание напрасной лапаротомии необходимо количественное исследование эритроцитов в брюшной полости. Выполнение УЗИ, при необходимости КТ брюшной полости, которые позволяют определить контуры и структуры паренхиматозных органов, наличие и количество жидкости в брюшной полости.

В первые часы травмы традиционные показатели кровопотери, такие как гемоконцентрационные показатели, шоковый индекс Алговера, могут не соответствовать степени кровопотери. Шоковый индекс Алговера при шоке первой степени не превышает 1, при второй степени — не более 2, а если индекс более 2 — состояние характеризуют как несовместимое с жизнью. Если травма признана несовместимой с жизнью развивается самое тяжелое течение травматической болезни, и летальность составляет 90% (при этом 1 из 10 человек выживает, поэтому необходимо использовать все методы лечения, даже если прогноз оценивается как неблагоприятный).

Лечение при сочетанной травме проводили по принципу «damage control» [4, 5, 7] с учетом объективной оценки:

- тяжесть повреждений;

- состояние пострадавшего в целом (приоритетное повреждение);
- характер повреждений органов брюшной полости.

По данному принципу оперативное лечение повреждений внутренних органов и опорно-двигательного аппарата проводится с учетом объективной оценки тяжести травм и состояний больного и делится на два периода: в первую очередь, проводятся операции на органах брюшной полости — **приоритетное значение** [1, 4, 6]. При этом выполняются минимальные непродолжительные операции, в случае нескольких тяжелых жизнеугрожающих повреждений операция проводится двумя бригадами.

Устранение повреждений органов брюшной полости имеет приоритетное значение, так как при внутрибрюшном кровотечении наблюдается угроза жизни как результат кровопотери; при повреждении полых органов живота и забрюшинного пространства развивается тяжелое осложнение — перитонит. После стабилизации состояния вторым этапом проводили восстановительные операции на внутренних органах, остеосинтез переломов длинных трубчатых костей.

Выводы. При сочетанных травмах в диагностике травм живота необходимо использовать комплекс диагностических пособий в зависимости от состояния пострадавшего.

При сочетанной травме при повреждении органов брюшной полости устранение повреждений брюшной полости имеет приоритетное значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюсов, П.Г. Запрограммированное многоэтапное хирургическое лечение при политравме / П.Г. Брюсов // Хирургия. — 2009. — № 10. — С.42—46.
2. Гуманенко, Е.К. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов: руководство для врачей / Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалов. — М.: ГЭОТАР-Медия, 2011. — 672 с.
3. Гуманенко, Е.К. Политравма. Актуальные проблемы и новые технологии лечения / Е.К. Гуманенко // Новые технологии лечения в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени. — СПб., 2006. — С.2—12.
4. Зубарев, П.Н. Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях груди и живота / П.Н. Зубарев, Э.В. Чернов // Труды Военно-медицинской академии. — СПб., 1992. — Т. 231. — С.90—110.
5. Giannoudis, P.V. Surgical priorities in damage control in polytrauma / P.V. Giannoudis // J. Bone. Joint. Surg. Br. — 2003. — Vol. 85. — P.478—483.
6. Bochicchio, G.V. The management of complex liver injuries / G.V. Bochicchio // Trauma Quart. — 2002. — Vol. 15. — P.55—76.
7. Kouraklis, G. Damage control surgery / G. Kouraklis, C. Vagianos // Arch. Hellenic. Med. — 2002. — Vol. 19. — P.216—257.

REFERENCES

1. Bryusov, P.G. Zaprogrammirovannoe mnogoetapnoe hirurgical'eskoe lechenie pri politravme / P.G. Bryusov // Hirurgiya. — 2009. — № 10. — S.42—46.
2. Gumanenko, E.K. Voennno-polevaya hirurgiya lokal'nyh vojn i vooruzhennyh konfliktov: rukovodstvo dlya vrachei / E.K. Gumanenko, I.M. Samohvalov. — M.: GEOTAR-Mediya, 2011. — 672 s.
3. Gumanenko, E.K. Politravma. Aktual'nye problemy i novye

- tehnologii lecheniya / E.K. Gumanenko // Novye tehnologii lecheniya v voenno-polevoi hirurgii i hirurgii povrezhdenii mirnogo vremeni. — SPb., 2006. — S.2—12.
4. Zubarev, P.N. Hirurgicheskaya taktika pri ognestrel'nyh raneniyah grudi i zhivota / P.N. Zubarev, E.V. Chernov // Trudy Voенno-medicinskoj akademii. — SPb., 1992. — T. 231. — S.90—110.
 5. Giannoudis, P.V. Surgical priorities in damage control in polytrauma / P.V. Giannoudis // J. Bone. Joint. Surg. Br. — 2003. — Vol. 85. — P.478—483.
 6. Bochicchio, G.V. The management of complex liver injuries / G.V. Bochicchio // Trauma Quart. — 2002. — Vol. 15. — P.55—76.
 7. Kouraklis, G. Damage control surgery / G. Kouraklis, C. Vagianos // Arch. Hellenic. Med. — 2002. — Vol. 19. — P.216—257.

© К.А. Корейба, И.В. Ключкин, А.В. Максимов, Р.И. Фатыхов, М.Н. Насруллаев, 2013

УДК 616.379-008.64:617.586

ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ И НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ НА ОСНОВЕ ОПЫТА ЦЕНТРА «ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА»

КОНСТАНТИН АЛЕКСАНДРОВИЧ КОРЕЙБА, канд. мед. наук, доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8-9274-128-703, e-mail: korejba_k@mail.ru

ИВАН ВЛАДИМИРОВИЧ КЛЮШКИН, докт. мед. наук, профессор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8-919-624-96-40, e-mail: hirurgivan@rambler.ru

АЛЕКСАНДР ВЛАДИМИРОВИЧ МАКСИМОВ, докт. мед. наук, доцент кафедры кардиологии и ангиологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, зав. отделением сосудистой хирургии № 1 ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ Республики Татарстан», Казань, Россия

РУСЛАН ИЛЬГИЗАРОВИЧ ФАТЫХОВ, канд. мед. наук, ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8-927-4-000-295, e-mail: 74ruslan@rambler.ru

МАГОМЕД НУХКАДИЕВИЧ НАСРУЛЛАЕВ, докт. мед. наук, профессор кафедры клинической анатомии и амбулаторно-поликлинической хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, тел. (843) 272-47-71 e-mail: msh-oao-kap@yandex.ru

Реферат. Цель исследования — описать работу специализированного центра по оказанию квалифицированной медицинской помощи пациентам с синдромом диабетической стопы. *Материал и методы.* Статистический материал работы медицинского центра за период с 2007 по 2012 г. *Результаты и их обсуждение.* Синдром диабетической стопы является одним из грозных и поздних осложнений сахарного диабета, зачастую исходом патологии является выполнение травмирующего хирургического пособия. Для качественного оказания медицинской помощи перспективным направлением является создание специализированных центров, включающих необходимых специалистов, диагностическое оборудование и применение современных медикаментозных средств. В статье представлен опыт работы Центра «Диабетическая стопа» г. Казани по оказанию неотложной ангиохирургической помощи больным с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы. Показаны возможности центра, процент оказания квалифицированной медицинской помощи, а также сочетанная работа двух клиник: Центр «Диабетическая стопа» и ангиохирургическое отделение Республиканской клинической больницы г. Казани. *Заключение.* Для реализации адекватной медицинской помощи выделены ключевые этапы, перспективы по их совершенствованию и оптимизации как на примере указанных клиник, так и на уровне поликлинического звена, отделения общей хирургии.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, острая диабетическая стопа, сосудистая реконструкция.

RENDERING THE URGENT HELP TO PATIENTS WITH ISCHEMIC AND NEUROISCHEMIC FORMS OF THE SYNDROME OF DIABETIC FOOT ON «DIABETIC FOOT» CENTER EXPERIENCE

KONSTANTIN A. KOREYBA, candidate of medical sciences, associate professor of the general surgery, GBOU VPO «Kazan State Medical University» of Ministry of Health of Russia, Kazan, 8-9274-128-703, korejba_k@mail.ru

IVAN V. KLYUSHKIN, professor, doctor of medical sciences, professor of chair of the general surgery, GBOU VPO «Kazan State Medical University» of Ministry of Health of Russia, Kazan, 8-919-624-96-40, hirurgivan@rambler.ru

ALEXANDER V. MAKSIMOV, manager, office of vascular surgery No. 1 GAUZ «MZ Republican Clinical Hospital of the Republic of Tatarstan», MD, associate professor of cardiology and angiologiya of GBOU DPO «Kazan Medical Academy» of Ministry of Health of Russia, Kazan

RUSLAN I. FATYKHOV, candidate of medical sciences, assistant to chair of the general surgery, GBOU VPO «Kazan State Medical University» of Ministry of Health of Russia, Kazan, 8-927-4-000-295, 74ruslan@rambler.ru

MAGOMED N. NASRULLAYEV, doctor of medical sciences, professor of chair of clinical anatomy and out-patient and polyclinic surgery of GBOU DPO «Kazan State Medical Academy» of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, Kazan, Russia, (843) 272-47-71, e-mail: msh-oao-kap@yandex.ru

Abstract. Aim. Research objective — to describe work of the specialized center on rendering the qualified medical care to patients with a syndrome of «diabetic foot». *Material and methods.* Statistical material of work of the medical center from 2007 for 2012. *Results and their discussion.* The syndrome of diabetic foot — is one of terrible and late