

Таким образом, в течение 150 операций было перелито всего: крови—16010 мл., плазмы—5200 мл., альбумина—600 мл., полиглюкина—25000 мл., других жидкостей—76170 мл.

Основываясь на результатах анализа представленного материала, мы сочли возможным заключить:

1 Осуществление премедикации на операционном столе в/в введением холинолитиков и антигистаминных препаратов с одной стороны обеспечивает необходимый клинический эффект, а с другой—позволяет ускорить процесс оказания специализированной медицинской помощи при массовом поступлении пациентов.

2 Проведение как вводного, так и основного этапов анестезии препаратами атаральгезии и калипсолом дает удовлетворительные результаты у вышеописанного контингента больных.

3 Основной контингент пострадавших от землетрясения поступает в состоянии гиповолемического травматического шока (в первые сутки) и гиповолемического травматического шока с интоксикацией и ОПН (в последующие сутки), с чем и приходится бороться анестезиологу.

Следует также отметить, что

1 Необходимо иметь готовую систему персонификации (с фиксацией номерных браслетов и с кодированием на уровне региона) пациентов, поступающих без сознания, или детей, не умеющих говорить, для обеспечения координации действий врачей и ведения медицинской документации в условиях массового поступления пострадавших.

2 Желательно иметь в наличии устройства, позволяющие взвешивать лежащих пациентов для оптимизации применения анестетиков и других медикаментов.

УДК 616—001.32''405'':612.015.36

А. И. ПОГОСЯН, Н. В. АДАМЯН, Г. С. АРУТЮНЯН, А. В. АЛЛАХВЕРДОВА,
Н. И. АНДРИАСОВА, Н. Т. ПАНДИКЯН, А. И. ХАНГУЛЯН, Г. М. ЭЛБАКЯН

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Ереванский филиал Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР

Под наблюдением находилось 56 больных с синдромом длительного сдавления (СДС), в основном, с Спитякского и Ленинаканского районов землетрясения, в возрасте: до 20 лет—8 человек, от 20 до 29—14, от 30 до 39—14, от 40 до 49—10 и от 50 лет и выше—10.

Экспозиция сдавления различных участков тела у большинства больных (48 чел) составляла от 6 до 36 час с разбросом у всех исследуемых от 3—4 час (3 чел) до 2 и более суток (5 чел).

Всем больным, помимо тщательного клинического осмотра, проводились следующие обследования: рентгенологические, миографические, ЭКГ-графические, ультразвуковые методы, а также клинико-биохимические исследования (клиническое исследование крови и мочи, белковые фракции, электролиты крови—«К» и «Na», мочевинны, остаточного азота, креатинина, свертывающей системы крови, АСТ, АЛТ, тимоловой и цинк-сульфатной проб).

В восстановительном периоде (месяц и более после травмы) нами наблюдались общие и местные проявления СДС.

К общим проявлениям СДС отнесены больные с интоксикацией продуктами распада тканей (55,3%) и изменениями со стороны периферической и центральной нервной систем (84%): посттравматический ишемический неврит (20 чел), неврастенический синдром (16 чел), астено-депрессивный синдром (6 чел), остаточные проявления сотрясения головного мозга (5 чел). Нарушения гомеостаза носили чаще смешанный характер (почки, область поражения, вегетативная нервная система) и наблюдались у всех больных СДС.

К местным проявлениям, отмеченным у больных СДС, отнесены: болевой синдром (52 чел), причем у 9 он носил фантомный характер, атрофия, в той или иной степени, пораженных нервно-мышечных групп со снижением или повышенном порога чувствительности (соответственно 49 и 7 чел), венозный застой, отеки парестезии и изменения дермографизма. У 17 больных СДС произведена ампутация одной (14) или обеих ног (3) на разных уровнях. У 16 исследуемых в анамнезе острая почечная недостаточность (ОПН) с проведением одного или нескольких курсов гемодиализа.

При поступлении со стороны сердечно-сосудистой системы, как правило, отмечалась приглушенность тонов сердца (91,3%) с ЧСС от 38 до 132 уд/мин (60,7%); умеренная почечная или вегетативная гипертензия с колебаниями АД в пределах 150—180/90—120 мм рт. ст. (22,1%). В 3 случаях—нейроциркуляторная гипотония с АД=90—100/50—60 мм рт. ст. Пульс в подавляющем большинстве (48)—частый, лабильный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Со стороны органов дыхания и брюшной полости отмечались небольшие отклонения, выражающиеся в учащении дыхания до 20 дых/мин (28 чел) и у 9—симптомы гепато-холецистита. 27 больных СДС отмечали болезненность при поколачивании по поясничной области.

Рентгенологически у 8 исследуемых обнаружены различного рода переломы костей (фаланги конечностей, отрыв остистых отростков, оскольчатые переломы малоберцовой кости); у 3—periостальные реакции и остеопороз и у 1—отрыв сухожилияикроножной мышцы.

Миографические исследования выявили полное нарушение проводимости по нервным стволам у 17 больных СДС и у 31—частичное.

ЭКГ исследования в 84% случаев указывали на различного рода нарушения возбудимости, а в 72%—проводимости, что можно объяснить, в первую очередь, явлениями интоксикации и вегето-сосудистыми

расстройствами. Нарушение процессов реполяризации отмечено у 18 больных СДС (32,1%).

По данным клинико-лабораторных методов исследования у 33 больных СДС (куда входило и 16 чел с ОПН в анамнезе) отмечены те или иные проявления нефропатии.

При более детальном изучении СДС у исследуемых больных мы отметили следующее: чем обширнее зона длительного сдавления и, особенно, длительность ее воздействия, тем выраженнее оказались интоксикационные проявления и изменения со стороны центральной нервной системы (неврастенические, психостенические и астено-депрессивные реакции) и вегетативной нервной регуляции.

При сравнении тяжести течения СДС у больных в начале лечения по уровню трансаминаз в крови (АСТ и АЛТ) были выявлены достоверные различия ($P < 0,02$)—табл. Это позволило нам выделить 3 основные группы больных СДС:

I. Легкая (21 чел)—время экспозиции до 6 час, зона сдавления ограниченная (кисть, стопа, локтевой или коленный суставы, а также часть плеча, предплечья бедра или голени). В этой группе, по данным миографии, частичное нарушение проводимости по нервным стволам зафиксировано у 13 больных. Уровень АСТ у них не превышал 647,2 нмоль/сек. л. ОПН и невропатии в данной группе отсутствовали;

II. Средняя группа (19 чел)—время экспозиции от 6 до 24 час, зона сдавления более обширная (голень и стопа или кисть, рука и одна из стоп, полностью одна из ног и ее сочетание с одной из кистей). По данным миографии у 8 больных СДС отмечалось полное нарушение проводимости по нервным стволам и у 11—частичное. Уровень АСТ в крови у 8 исследуемых превышал 647,0 нмоль/сек. л. У всех 19 больных СДС в той или иной степени выраженности имелась нефропатия.

Таблица

Уровень трансаминаз (АСТ и АЛТ) у больных СДС в восстановительном периоде по группам и их динамика в процессе реабилитации (нмоль/сек. л)

Клинические группы	При поступлении		При выписке		Достоверность
	M ± m				
	АСТ	АЛТ	АСТ	АЛТ	P
I—легкая	499,5±80,9	739,7±148,9	293,6±52,5	309,0±75,8	>0,0003 >0,002
II—средней тяжести	767,1±101,9	1239,4±142,7	273,1±44,7	433,0±104,3	>0,0003 >0,002
III—тяжелая	859,6±99,5	1240,2±110,6	374,9±64,2	80,6±121,2	>0,0001 >0,0019

III. Тяжелая группа (16 чел)—время экспозиции от 24 час до 2 сут и более, зона сдавления обширная (обе ноги или их сочетание с ягодич-

ной областью, полностью рука и нога, обе руки и плечевой пояс, сочетание грудной клетки с одной из конечностей). По данным миографии у 9 исследуемых отмечалось полное нарушение проводимости по нервным стволам, а у 7—частичное. Уровень АСТ в крови у 13 больных колебался от 797,0 до 1352,8 нмоль/сек. л (см. табл.). В этой группе у всех больных была ОПН в анамнезе с проведением одного или нескольких курсов гемодиализа.

В зависимости от тяжести течения СДС больные получали комплексное восстановительное лечение:

1. Физические методы—ЛФК, массаж, нейро-мышечную стимуляцию, иглорефлексотерапию, бальнеолечение, баротерапию, физиотерапию и психотерапию;

2. Медикаментозную терапию—антихолестеразные препараты, анаболические стероиды, вещества, расширяющие периферические сосуды, обезболивающие средства центрального и периферического действия, рассасывающие и улучшающие нервную проводимость, а также различные витаминные комплексы и средние транквилизаторы.

В результате реабилитационных мероприятий у большинства больных СДС (92,9%) наступило улучшение в самочувствии и пораженных участках тела: исчез или уменьшился болевой синдром (соответственно 59,7 и 30,3%), частично (25,1%) или полностью (67,8%) восстановился объем движений в пораженных конечностях или участках тела. В основном, это касалось больных легкой и средней по тяжести течения поражения групп. В тяжелой группе болевой синдром уменьшился или исчез соответственно в 5 и 2 случаях, а у 9—с ампутированными конечностями, отмечались фантомные боли. Двигательная функция в данной группе частично восстановилась у 12 больных, отечность, менее выраженная, чем при поступлении, сохранилась у 9 исследуемых, а у 5—отмечалась атрофия конечностей. Эти больные в последующем нуждались в хирургической помощи с последующими реабилитационными мероприятиями.

Положительная ЭКГ-динамика отмечена у 40 (71,4%) больных СДС. В конце лечения различного рода нарушения возбуждмости отмечены у 10 исследуемых (17,8%), нарушения проводимости—у 3 (5,4%), а нарушения процессов реполяризации—у 8 (14,3%).

Электромиографические исследования в конце лечения у 4 больных СДС (7,1%) констатировали отсутствие проводимости по нервным стволам, а у 12 (21,4%)—частичное нарушение проводимости.

В конце лечения во всех группах больных СДС выявлена статистически достоверная положительная динамика трансаминаз ($P < 0,02$).

Следует подчеркнуть, что реабилитационные мероприятия в зависимости от тяжести течения СДС длились: у больных легкой группы от 5—6 недель до 2 месяцев, у больных средней по тяжести группе—от 2 до 3 месяцев и тяжелой группы—до 6 и более месяцев.

Не вызывает сомнения ряд негативных моментов в ведении данного малонзученного контингента больных СДС на первых этапах:

1. Прилагая максимум усилий для спасения больных СДС на пер-

вых этапах (лечение ран, ампутации, ОПН и т. д.) медперсоналом не проводилось мероприятий по идущей параллельно атрофии нервно-мышечных групп.

2. Желательно более широкое применение больным СДС в восстановительном периоде таких физических факторов, как торфо-призелечение, бальнеолечение радоновыми и сероводородными водами, которые несомненно повысят эффективность проводимого лечения.

Все больные СДС получили необходимые рекомендации по всей профессиональной трудовой деятельности, причем 69% из них могут вернуться к прежней работе, а 31% из всех больных нуждается в переквалификации своей трудовой деятельности.

Изучаются отдаленные результаты лечения больных СДС.

УДК 616—001.32''405''—002.3

С. М. НАЛБАНДЯН, И. В. ТАТКАЛО, О. Г. ТАНАНЯН, А. С. ШАВЕРДОВ

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Ереванский филиал Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР

Целью настоящего сообщения является анализ наблюдений и оценка лечебных мероприятий, проведенных у групп больных, поступивших в филиал после катастрофического землетрясения.

Экстремальность была обусловлена поступлением большого числа пострадавших с тяжелыми обширными и сочетанными повреждениями в состоянии травматического и психического шока, доставляемых как непосредственно из зоны землетрясения всеми видами автомобильного транспорта, так и после кратковременного пребывания их в промежуточных (по трассе следования) районных лечебных учреждениях, в которых проводилась сортировка и оказывалась посильная первая помощь. Как правило, в первые часы и сутки больные поступали без какой-либо санитарной и хирургической обработки, в том виде, в каком они были извлечены из-под развалин.

Естественно, что все открытые повреждения (раны) были первично инфицированными, а наличие гепатом, разможенных тканей с нарушением кровообращения в раневой зоне, кровотечения, шока—все это способствовало резкому понижению сопротивляемости и иммунологических сил организма пострадавших. Тяжелейшим осложнением, с которым пришлось встретиться персоналу, явилось развитие у значительного числа пострадавших синдрома длительного сдавления.

О клиничко-физиологических, биохимических, иммунологических,