

ветствующие возможности для забора крови у доноров, ее переработки и хранения.

В заключение считаем необходимым отметить, что при массовых поражениях, каким явилось Армянское землетрясение, силами только одной страны, даже прекрасно оснащенной всеми необходимыми средствами, оказать эффективную помощь больным вряд ли удастся. Поэтому целесообразно создать международную организацию по спасению пострадавших в районах землетрясения с обязательным участием стран, в которых имеются сейсмические районы.

УДК 616—001.32''405''—089.15

А. П. АРАМЯН, М. В. АЮНЦ, Т. Л. СУЛТАНЯН,
Н. М. СТЕПАНЯН, Г. В. БАБЛОЯН

ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Ереванский филиал Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР

Синдром длительного сдавления (СДС) относится к тяжелым травматическим повреждениям как военного, так и мирного времени и является своеобразным патологическим комплексом, возникающим в результате длительного сдавления мягких тканей. Отличается тяжелым клиническим течением и высокой летальностью, которая по данным различных авторов составляет в среднем 30%, а при развитии острой почечной недостаточности 70%.

В результате Армянского землетрясения 1988 г в филиал поступили 716 пострадавших, из них 324 с СДС. Возраст пострадавших колебался от 2 до 74 лет. Длительность периода сдавления составляла от 1-го часа до 5 суток. У 79 пострадавших были поражены две конечности (обе верхние—2; верхняя и нижняя—8; обе нижние—69).

В клинической картине страдания преобладали выраженные болевые ощущения, потеря чувствительности и активных движений, явления субфасциального отека и др. При интенсивном сдавлении отмечалось отсутствие периферической пульсации, в ряде случаев даже на крупных артериях (бедренной и плечевой). Ангиография выявляла отсутствие контрастирования сосудистого русла, что побудило в первые сутки оказания помощи пострадавшим выполнить 5 ревизий сосудов. Ни в одном случае не было выявлено дистального тромбоза. Описанная выше симптоматика была обусловлена резким спастическим синдромом.

В качестве хирургического пособия при СДС используют декомпрессионную фасциотомию, а при интенсивном сдавлении конечностей в течение 12—15 час показана ранняя ее ампутация.

По данным литературы лишь у 30% выздоровевших наблюдается полное восстановление функции конечности, у остальных развиваются контрактуры и атрофии мышц. С целью повышения эффективности лечения этого тяжелого контингента пострадавших, наряду с традиционными методами хирургического пособия (фасциотомия, ампутация) нами стала применяться катетеризация нижней надчревной артерии со стороны поражения для проведения длительной регионарной инфузии с целью достижения оптимальных концентраций лекарственных веществ в очаге поражения.

Общее количество ампутаций произведенных пострадавшим с СДС 43, из них 25 произведены на этапах эвакуации, а 18 в филиале ВНЦХ. Один больной после произведения ампутации направлен на дальнейшее лечение в г. Москву. Из 18 ампутаций, произведенных в филиале, 14 больных остались живы. Это составило 77,8% (в 3 случаях предварительно была произведена фасциотомия, которая оказалась неэффективной). Общее количество фасциотомий, произведенных больным с СДС, 44. Из них в филиале произведено 28, на этапах эвакуации—16. Пять больных после фасциотомий были направлены на дальнейшее лечение в г. Москву. Из 23 фасциотомий, произведенных в филиале, положительный результат дали 10 (43,5%). В 9 случаях был летальный исход (39,1%). Причем 1 больная умерла от разрыва внутренних органов; один больной умер на 13-е сутки от анафилактики; одна больная от продолжающегося послеродового кровотечения на 10-е сутки; 4 больных поступили в поздние сроки и скончались в первые сутки сразу после произведения фасциотомии. В 4 случаях (12%) фасциотомия оказалась неэффективной, вследствие чего была произведена ампутация. Причем 2 больным проводили параллельно гемодиализ, несмотря на это 1 больной скончался от интоксикации сразу после ампутации.

Нами выполнено 8 катетеризаций нижней надчревной артерии у 7 больных. В 3 случаях одновременно выполнена фасциотомия. У 1 больной катетеризация произведена с обеих сторон, у другой пациентки—вместе с ампутацией конечности. В послеоперационный период у 3 больных имели место явления выраженной острой почечной недостаточности.

В результате проведенного лечения все пациенты остались живы. У девушки 16 лет с тяжелым СДС обеих нижних конечностей (с двумя катетерами) удалось сохранить одну конечность, вторая—ампутирована ниже коленного сустава. Ампутационная культя в/з левого бедра пациентке, которой был наложен катетер, зажила вторичным натяжением. Трое пострадавших были выписаны из стационара с восстановлением функции конечностей.

Накопленный нами опыт позволяет сделать следующие выводы.

1. Выбор хирургического пособия у больных с СДС требует строго индивидуального подхода.
2. Катетеризация нижней надчревной артерии повышает эффективность комплексного лечения СДС.

3. При динамическом наблюдении за состоянием больных, проведении активной инфузионной терапии и детоксикации, не следует торопиться с постановкой показаний к ампутации пораженной конечности.

УДК 616—001.32''405''—089.15

В. С. ПЕТРОСЯН, А. В. ГЕВОРКЯН, Г. И. ХАНГУЛЯН, А. Л. БАГДАСАРЯН

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Ереванский филиал Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР

Синдром длительного сдавления (СДС), синонимы—травматический токсикоз, миоренальный синдром, синдром «освобождения»—специфический вариант травмы, связанный с массивным сдавлением мягких тканей, иногда и магистральных сосудов конечностей. Ведущими патогенетическими факторами СДС является: 1—болевое раздражение, приводящее к дискоординации процессов возбуждения и торможения в ЦНС, 2—плазмопотеря в результате выраженного отека поврежденных конечностей, 3—травматическая токсемия, развивающаяся вследствие попадания в русло крови продуктов распада поврежденных клеток, запускающих внутрисосудистое свертывание крови.

М. И. Кузин (1959 г.) выделяет следующие клинические формы развития СДС в зависимости от продолжительности компрессии: легкая—длительность сдавления до 4 час; средняя—сдавление конечности до 6 час; тяжелая—до 8 час сдавления всей конечности, особенно бедра и голени; крайне тяжелая—сдавление обеих конечностей в течение 8 и более час.

Опыт землетрясения в Армении (1988 г.) показал, что большое значение в определении тяжести клинического состояния при СДС имеет сила сдавления и площадь поражения, наличие сопутствующих повреждений внутренних органов, костей, острой почечной недостаточности (ОПН). Сочетание даже недлительного по продолжительности сдавления конечности с любой другой травмой (переломы костей, черепно-мозговая травма, разрывы внутренних органов) резко утяжеляют течение заболевания и ухудшают прогноз.

Опыт лечения больных с СДС показал, что выбор хирургической тактики зависит от различных факторов. В настоящее время разные авторы предлагают различные хирургические методы лечения СДС—ампутацию, фасциотомию, некрэктомию, катетеризацию надчревного ствола для последующего введения лекарственных препаратов. В прошлом некоторые исследователи считали, что при СДС необходима срочная ам-