



альности и результаты вступительных испытаний. Последние являются обязательными, и образовательному учреждению дано право самостоятельно определять их содержание, процедуру и форму.

Прибывшим на обучение при себе необходимо иметь копии диплома о высшем образовании, копии документов о прохождении обучения в интернатуре, ординатуре, на факультете руководящего медицинского состава ВМедА им. С.М.Кирова, дипломов о профессиональной переподготовке, свидетельств о последнем усовершенствовании по специальности, сертификатов специалистов. Все копии заверяются по месту службы (работы). Обязательно наличие документов, подтверждающих стаж работы по специальности (выписка из послужного списка с указанием ВУСов, либо копия трудовой книжки, заве-

ренные учреждением по месту службы или работы). Для специалистов, направленных на циклы профессиональной переподготовки, заверенные копии указанных документов иметь в двух экземплярах (для формирования учебного и сертификационного дел).

Во избежание спорных ситуаций следует учитывать, что квалификационные комиссии военно-медицинских образовательных учреждений имеют право на подтверждение квалификационных категорий медицинских специалистов в случае окончания действия категорий в период обучения, за исключением специалистов военно-медицинских учреждений центрального подчинения, которые аттестуются в Центральной аттестационной комиссии при ГВКГ им. Н.Н.Бурденко (приказ начальника ГВМУ МО РФ от 28.06.2008 г. № 80).

© В.А.ДИВЕЕВ, 2009

УДК 617.572-031.47-001.45-08

В.А.Дивеев — Случай успешного лечения огнестрельного ранения левого плеча из гранатомета.

Ранения высокоскоростными снарядами носят сочетанный характер и сопровождаются повреждением костей, магистральных сосудов и нервов. Благоприятные исходы лечения таких ранений напрямую зависят от совместного участия в лечении травматологов, сосудистых хирургов, нейрохирургов. Приводим клиническое наблюдение.

В приемное отделение окружного военного госпиталя 29.07.2004 г. доставлен рядовой П., который при проведении учебных стрельб на полигоне получил сквозное огнестрельное ранение левого плеча учебной гранатой из гранатомета. Доставлен через 60 мин после получения травмы. При поступлении в сознании, состояние тяжелое. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст., пульс 100 уд./мин. Левая верхняя конечность иммобилизована лестничной шиной, в верхней трети плеча — кровоостанавливающий жгут. По задненаружной поверхности левого плеча имелось входное раневое отверстие 4×3 см, по передневноутренней поверхности — выходное отверстие 5×3 см. В рану предлежат разрушенные мышцы передней и задней групп плеча, костные отломки. Пульсация на лучевой артерии отсутствует.

Больной в экстренном порядке взят в операционную. Под эндотрахеальным наркозом рассечены входное и выходное отверстия огнестрельной раны плеча. Диагностирован многооскольчатый перелом левой плечевой кости на уровне средней и нижней трети, дефект плечевой артерии в средней трети около 14 см. Срединный, локтевой и лучевой нервы на протяжении имбибированы кровью.

Выполнены хирургическая обработка раны левого плеча, временное шунтирование плечевой артерии полихлорвиниловой трубкой диаметром 3 мм, затем открытая репозиция и остеосинтез плечевой кости аппаратом Илизарова из трех опор. Из отдельных доступов на левом бедре взят аутоотрансплант большой подкожной вены длиной 20 см, проведена его обработка. Выполнено аутовенозное протезирование 14 см плечевой артерии «конец в конец» нитью пролен 6/0.

При контрастной ангиографии на операционном столе отмечалось хорошее заполнение локтевой артерии, дистальный отдел лучевой артерии спазмирован. Мышцы ушиты кетгутом под протезом, раневая полость от протеза отграничена. Рана дренирована двухпросветными трубками. Наложены редкие швы на кожу. Время операции — 6 ч.

В послеоперационный период проводились антибактериальная, инфузионная терапия, переливание плазмы, эритроцитарной массы, 10% раствора альбумина, проточно-промывное дренирование раны растворами антисептиков. Для дальнейшего лечения 30.07.2004 г. переведен в отделение микрохирургии 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского, где получал курс консервативного лечения. Послеоперационный период без осложнений. 27.12.2004 г. выполнены демонтаж аппарата Илизарова, редрессация левого локтевого сустава. 08.02.2005 г. с целью улучшения кровообращения сделано аутовенозное протезирование левой плечевой артерии трансплантатом большой подкожной вены, взятым с правой нижней конечности.



Отдаленный результат исследован через 10 мес. Систолическое давление на лучевой артерии слева 110 мм рт. ст., справа 130 мм рт. ст. Отмечается гипотрофия мышц левой верхней конечности. Амплитуда движений в левом плечевом суставе: сгибание

100°, разгибание 15°, отведение 100°. Амплитуда движений в левом локтевом суставе: сгибание 45°, разгибание 160°. Определяется нейрогенная когтеобразная деформация левой кисти с умеренным нарушением функций.

© Е.Е.ВОЛКОВ, В.Б.СИМОНЕНКО, 2009
УДК 616.718.41-001.512

Е.Е.Волков, В.Б.Симоненко — Диагностика и лечение асептического некроза головки бедренной кости.

Асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК) — тяжелое дегенеративно-дистрофическое заболевание тазобедренного сустава вследствие нарушения структуры костной ткани, микроциркуляции и жировой дистрофии костного мозга.

Изменение структуры костной ткани и соответствующие патологические процессы отмечаются при целом ряде заболеваний, которые возникают, по-видимому, в результате суммации ряда факторов — микротравм, приобретенных или врожденных деформаций, превышения предельных физических нагрузок, гормональных и метаболических расстройств, инфекционно-аллергических заболеваний, системной патологии, связанной с нарушениями иммунного гомеостаза, токсическими воздействиями, инфекциями, предшествующими ортопедическими процедурами (винты, эндопротезы) и др.

Патологические отклонения от нормальной последовательности образования тканевых генераций могут возникать в любой момент человеческой жизни.

Полученные положительные клинические и экспериментальные результаты применения препаратов антирезорбтивного действия (ибандроновая кислота — Bonviva) на ранних стадиях АНГБК (Родионова С.С., Шумский А.А., 2009) и стабилизаторов эндотелия сосудов (антагонистов рецепторов ангиотензина II — лозартана) при изучении модели остеопороза (Файтельсон А.В. и соавт., 2009) подчеркивают ведущее значение изменений структуры костной ткани головки бедренной кости в предотвращении компрессионной обструкции микрокапилляров и развития ишемии.

Клинически изменения структуры костной ткани при заболеваниях, имеющих в своей основе дегенеративно-дистрофические процессы, проявляются нарастающей деформацией эпифизов и апофизов костей, болями и нарушениями функций тазобедренных суставов, затруднениями в самообслуживании пациентов.

Проанализировав структурные и рентгенологические изменения, а также детально изучив существующие классификации АНГБК (Catterall А., 1971; Макушин В.Д.,

1967; Рейнберг С.А., 1964; Шевцов В.И. и соавт., 2001; KeQinHuang, 2006), мы пришли к выводу, что наиболее приемлемым является четырехстадийное деление патологического процесса.

I стадия. Микроскопические изменения структуры кости и подхрящевое остеонекроза. Поражается губчатое вещество головки бедренной кости при неизменном хряще, и зона структурных изменений составляет не более 10%.

II стадия. Импрессионный перелом. Поверхность головки бедренной кости имеет трещины типа «треснувшей скорлупы». В зоне нагрузки трабекулы имеют трещины неправильной формы или очаги микроколлапса. Зона структурных изменений составляет не более 10–30%.

III стадия. Фрагментация. Характеризуется неровностью контуров головки бедренной кости, легкой степенью коллапса, возникновением нескольких очагов уплотнения или кистозного перерождения. Изменяется межсуставное пространство (сужение или расширение). Зона структурных изменений составляет не более 30–50%.

IV стадия. Полное разрушение головки. Форма головки изменена, участки коллапса неправильной формы или коллапс всей головки. Структура трабекул растворена или уплотнена, полосы трещин неправильной формы. Внутренние или внешние края вертлужной впадины претерпевают эктопические изменения. Межсуставное пространство сужено или исчезло. Есть вывихи или подвывихи. Зона структурных изменений составляет 50–80%.

Длительность течения I стадии составляет 6 мес, II — 6 мес, III стадии — 3–6 мес, с последующим переходом в IV стадию.

Используя данные регулярных диспансеризаций и осмотров терапевтами и травматологами, нами был разработан алгоритм выявления АНГБК на ранней стадии.

Из клинических проявлений настораживают и требуют всесторонней и динамической оценки боли в области тазобедренного сустава, боль в паховой области с иррадиацией в коленный сустав, ограничение движений в тазобедренном суставе, признаки мышечной