

Приводим наше наблюдение.

Больной Ж., 16 лет, поступил в больницу № 2 скорой медицинской помощи 27.01.01 в крайне тяжелом состоянии (за 10 мин доставлен машиной скорой помощи с места происшествия). Обстоятельства травмы: в состоянии алкогольного опьянения упал с высоты восьмого этажа; приземлился на капот стоящего внизу автомобиля, который смягчил силу удара при приземлении.

Из анамнеза известно, что больной страдает врожденной патологией легких. Около 4 лет назад была произведена лобэктомия справа по поводу бронхоэктатической болезни.

Диагноз: тяжелая закрытая черепно-мозговая травма — ушиб головного мозга средней степени тяжести, субарахноидальное кровоизлияние, линейный перелом свода и основания черепа; закрытая травма брюшной полости — разрыв печени, разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение, резаные раны брюшной стенки; закрытый перелом левого надколенника, перелом V ребра слева; травматический шок в стадии декомпенсации.

Объективно: состояние крайне тяжелое, кожные покровы бледно-серые, периферические вены труднодоступны, в ротоглотке кровь, дыхание резко ослаблено, поверхностное, хрипы во всех отделах легких, АД 70/40 мм рт. ст., пульс 120 в минуту, тоны сердца глухие, живот вздут, перистальтика не выслушивается. Глубокая мозговая кома. Мышечный тонус резко снижен. Зрачки: d=s, узкие, фотореакция вялая. Анализ крови при поступлении: Hb 106 г/л, эр. $3,5 \cdot 10^{12}/л$. Анестезиологический риск оценен как крайне высокий. В приемном покое выполнена катетеризация подключичной вены справа и периферической вены. Продолжена инфузия коллоидных и кристаллоидных растворов в две вены. Больной срочно доставлен в операционную.

Операция: экстренная лапаротомия, спленэктомия, ушивание ран печени, санация, дренирование брюшной полости, первичная хирургическая обработка ран брюшной стенки. Анестезия: сбалансированная, кетамин, арду-

ан, дитилин. Искусственная вентиляция легких в режиме умеренной гипервентиляции аппаратом РО-6. Проводилась высокообъемная инфузионная терапия (коллоиды, кристаллоиды, бикарбонат натрия, эритроцитная масса, плазма). Мониторинг: ЭКГ, контроль сатурации кислорода, АД, ЦВД, пульс, диурез, клиническое наблюдение. Общий объем инфузии в операционной составил 5 л. Приблизительный объем кровопотери около 2 л (до 50% ОЦК).

После операции больной переведен в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, где продолжены интенсивная терапия и мониторинг. Искусственная вентиляция легких в течение 5 сут аппаратом «Bird» в режиме «Assist—control» и «Simv». Инфузионная терапия (кристаллоиды, коллоиды, декстроза). Парентеральное питание в течение 6 сут (аминоглютаматы, растворы глюкозы), затем энтеральное зондовое (изокал). Антибактериальная терапия (оксациллин, гентамицин), противоотечная (дексаметазон, глицерин per os, лазикс), сердечно-сосудистая (допмин в дозе 5–7 мкг/(кг·мин), коргликон, рибоксин), анальгетики, витамины, иммуностимуляторы, гемостатики, ноотропы, антикоагулянты (клексан), седативные средства; переливалась эритроцитная масса и плазма.

Состояние больного постепенно стабилизировалось. На 11-е сутки он был переведен в травматологическое отделение, где продолжен комплекс лечебных мероприятий. На 35-е сутки пациент в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное долечивание.

В данном случае активное противошоковое лечение и хирургическая коррекция были выполнены в максимально короткое время с момента получения травмы, что, вероятно, существенно повлияло на благоприятный исход. Выбранная тактика лечения позволила предупредить развитие синдрома шокового легкого, а также избежать других грозных осложнений.

РЕЦЕНЗИИ



Ю.О. Новиков. ДОРСАЛГИИ.

Издательство «Медицина», Москва, 2001. 160 с.

Вышла в свет монография профессора Ю.О. Новикова «Дорсалгии», посвященная одной из актуальных проблем практического здравоохранения — диагностике и лечению боли в спине. В книге отражены представления современных исследователей о данной проблеме, освещены вопросы этиологии, патогенеза и классификации, влияния неблагоприятных факторов на течение заболевания. Издание иллюстрировано 68 рисунками и 25 таблицами, что значительно облегчает восприятие материала.

В 1-й главе «Этиология и патогенез дорсалгий» рассматриваются причины формирования болевых синдромов в спине. Автор справедливо отмечает, что среди этиологических факторов дорсалгий основное место

занимают не столько дистрофические поражения опорно-двигательной системы, широко освещенные отечественными и зарубежными исследователями, сколько неспецифическая миофасциальная патология, которая в нашей стране стала предметом изучения лишь в последние годы. В этой главе анализируются механизмы формирования спондилогенных и неспондилогенных дорсалгий, подчеркивается важная роль в их реализации вегетативной нервной системы.

Во 2-й главе «Классификация дорсалгий» дается краткая историческая справка об эволюции взглядов на синдромологию данной патологии. Очень ценно то, что автор приводит классификацию болей в спине по Международной классификации болезней (МКБ-10).

В 3-й главе «Клинические проявления дорсалгий» рассматривается влияние неблагоприятных производственных факторов на формирование заболевания. Прослежены причинно-следственные отношения между характером труда и особенностями функциональных изменений локомоторной системы с учетом выраженности и характера вегетативных нарушений. Последние, по данным автора, встречаются у большинства пациентов и оказывают неблагоприятное влияние на течение процесса. Это требует особого

внимания при планировании патогенетического лечения. Здесь же рассматриваются клинические проявления спондилогенных неврологических синдромов шейного, грудного и поясничного уровня. Описание клиники миофасциального болевого синдрома хорошо иллюстрировано, показаны локализация триггерных точек и распределение вызванных ими болей.

В 4-й главе «Методы исследования дорсалгий» большое внимание уделено клиническим методам диагностики нарушений функции и иннервации мышц, а также синдромам их поражения. Подробно изложена методика нейроортопедического обследования с использованием оригинального инструментария. Приведены основные критерии биомеханических нарушений. Освещены рентгенологический, сонографический, компьютерно-томографический методы диагностики. Описаны разработанные автором новые способы диагностики нестабильности шейного отдела позвоночника и миофасциальных триггерных точек при помощи сонографии. Этот новый метод, привлекающий своей высокой информативностью, неинвазивностью и доступностью в повседневной практике, способствует повышению качества дифференциальной диагностики и проведению контроля эффективности лечения. Подробно описаны также такие методы исследования, как электромиография, термография и реография.

М.Ф. Егоров, А.П. Чернов, М.С. Некрасов. ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ КОСМЕТОЛОГИЯ.

Издательский центр «Федоров», Москва, 2000. 192 с.

Книга с таким красивым названием появилась на столе читателя. Стремление иметь красивое тело, красивые ноги присуще каждому цивилизованному человеку, и россияне не являются здесь исключением, несмотря на многие непростые проблемы их бытия.

В мировой клинической медицине в настоящее время считается недостаточным получить хороший анатомический и функциональный результат — обязательной составляющей успешного лечения является улучшение качества жизни пациента. Это отражает не только высокий уровень развития науки, культуры, но и социально-экономическое благополучие общества.

Современная косметология тесно связана с такими медицинскими специальностями, как хирургия, стоматология, эндокринология, дерматология, медицинская генетика, медицинская психология, диетика и многими другими.

В настоящее время с целью коррекции формы тела используют медикаментозные препараты, различные виды диет (нередко небезвредные), физио- и механотерапию, механическое удаление избытков жировых отложений. Однако перечисленные способы коррекции либо малоэффективны, либо вовсе бесполезны для исправления деформаций костного скелета. Последние же, поначалу причиняя пациенту душевную боль, в дальнейшем могут явиться причиной развития стойких осложнений с выраженной клиникой, болевым синдромом, а иногда и серьезным нарушением функции внутренних органов и жизненно важных систем (деформирующий артроз, остеохондроз, легочная и сердечно-сосудистая недостаточность и др.). Поэтому появление первого научного труда,

5-я глава «Восстановительное лечение дорсалгий» посвящена комплексному дифференцированному лечению больных с учетом патогенетических механизмов, выраженности болевого синдрома, особенностей течения заболевания. Здесь можно найти информацию о медикаментозном лечении и лечебных блоках, физиотерапии и лечебной гимнастике, мануальной терапии. Описаны физические упражнения, направленные на коррекцию биомеханических нарушений и закрепление оптимального двигательного стереотипа, приведены новые техники мануальной терапии, причем все это очень подробно и хорошо иллюстрировано. Разработанные Ю.О. Новиковым лечебные комплексы систематизированы, сведены в таблицы, что существенно облегчает восприятие материала и удобно для использования его в практической работе. Большое внимание автор уделяет вопросам первичной и вторичной профилактики дорсалгий.

Книга рассчитана на широкий круг читателей и представляет большой научный и практический интерес для ортопедов, неврологов, врачей по лечебной физкультуре, физиотерапевтов, мануальных терапевтов, а также врачей общей практики.

Проф. М.Б. Цыкунов (Москва)

посвященного ортопедической косметологии, своевременно и необходимо.

Авторы данной монографии — крупные специалисты, работающие в области травматологии, ортопедии, косметологии и организации здравоохранения. М.Ф. Егоров — доктор медицинских наук, академик РАЕН, заслуженный изобретатель РФ впервые в мировой практике разработал технологию и технические средства коррекции косметических деформаций нижних конечностей. Профессор, лауреат Государственной премии РФ А.П. Чернов — автор новых способов диагностики и лечения боковых деформаций коленного сустава с клиническими проявлениями. М.С. Некрасов — генеральный директор Международной академии красоты и здоровья, член-корреспондент РАЕН, организатор здравоохранения и производства, внесший большой вклад в становление и развитие ортопедической косметологии.

В предлагаемой читателю монографии обобщены результаты коррекции нижних конечностей у 130 пациентов с косметическими дефектами и 158 больных с деформациями, имеющими клинические проявления.

В I и II главах сжато изложены анатомо-физиологические особенности нижних конечностей, этиология и патогенез их деформаций, влияние последних на развитие патологии опорно-двигательной системы.

В следующих трех главах рассматриваются вопросы обследования больных с косметическими дефектами и деформациями нижних конечностей, анализируются медицинские, эстетические аспекты ортопедической косметологии, социально-психологический статус больных с косметическими деформациями. Это очень важные вопросы, ответ на которые позволит решить многие, в том числе и юридически-правовые проблемы, что особенно актуально сейчас, в условиях действия страховой медицины