

Данные 1987 годы взяты из монографии Жанаспаева А.М. «Травматологическая помощь городскому населению» (Семипалатинск-Павлодар, 1997).

Результаты и обсуждение: всего за 2009-2010 год в отделение поступило 2974 человек, из них 2455 urgentных и 519 плановых больных, что составило 82,5% и 17,5% соответственно. В среднем по экстренным показаниям в месяц в отделение поступал 102 человека.

Среди поступивших больные с производственной травмой составили 5,3 % (n=131 человек), транспортной – 10,4% (n=255 человек), уличной 31,5% (n=773 человек) бытовой травмой - 49,1% (n=1206 человек), спортивной – 1,7% (n=41 человек), прочие – 2% (n=49 человек). Сравнительный анализ распределение поступления больных в 1987 г. и 2009-2010 гг. представлен в таблице 1.

Таблица 1. - Сравнительный анализ распределение поступления больных в 1987 г. и 2009-2010 гг.

Вид травмы	2009-2010 гг.		1987 г. (%)
	Абс. числа за 2 года	% от числа всех urgentных больных в год	
Производственный	131	5,3	23,7
Транспортный	255	10,4	15
Уличный	773	31,5	25,9
Бытовой	1206	49,1	33,8
Спортивный	41	1,7	1,2
Прочие	49	2	0,4
Всего	2455	100	100

Как видно из таблицы, за 30 лет структура травматизма изменилась. В связи с распадом СССР, производственным коллапсом 90-х, после которых, производство так и не восстановилось в прежнем объеме. С этим мы связываем 4,5-кратное падение количества производственного травматизма, а не с улучшением и строгим соблюдением техники безопасности на производстве.

Также уменьшилось количество транспортных видов травм, что стало неожиданностью для нас. Мы считаем, что данный вопрос требует более детального изучения, прежде чем делать определенные выводы.

В противовес произошло увеличение уличных и бытовых травм на 5,6% и 15,3% соответственно. Рост уличного травматизма мы связываем с ростом криминальных травм и падений в зимний период во время гололеда, что связано с недостаточной работой полиции и коммунальных служб города.

Количество спортивных травм примерно осталось на том же уровне.

Вывод: структура травматизма к 2010 году изменилась: увеличилось количество госпитализаций после уличных и бытовых травм, снизился производственный травматизм. Эти данные помогут рациональнее проводить профилактические мероприятия для снижения груза травм в структуре заболеваемости населения г.Семей.

Литература:

1. Батпенов Н.Д., Джаксыбекова Г.К. Организация и перспективы развития ортопедотравматологической помощи населению Республики Казахстан / Травматология және ортопедия – 2005 - №2-с.5-9.

2. Жанаспаев, А.М. Травматологическая помощь городскому населению / А.М.Жанаспаев, С.Б.Смаков, М.Т.Аубакиров, М.А.Жанаспаев – Семипалатинск-Павлодар, 1997.-308с.

УДК 617.58-069.873.616.883

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АЛКОГОЛИЗАЦИИ СЕДАЛИШНОГО НЕРВА ПРИ АМПУТАЦИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

М. А. Аполоненко

Кафедра специальных дисциплин Павлодарского филиала Государственного медицинского университета города Семей, КГКП «Больница скорой медицинской помощи» г. Павлодара

Резюме

В своей статье, мы хотели обратить внимание практикующих врачей на то, что нет никакой надобности в применении алкоголизации нерва для профилактики фантомных болей, так как есть более современные способы.

Summary

Effectiveness of the sciatic nerve alcoholization during amputation of the lower extremity

In our article we would like to pay attention of the medical practitioners to that there is no necessity in using sciatic nerve alcoholization during amputation of the lower extremity for prophylactic of the phantom-limb pains, because there are more contemporary methods.

Тұжырым

Аяқ ампутациясын жасауда шонданай нерві алкоголизациясын тиімді қалдану

Өзіміздің мақаламызда біз машықтауы дәрігердің бүгінгі күнге солі әдістердің көп болуына орай фантомдық аурулар профилактикасы үшін нерв алкоголизациясы қолданудың ешқандай қажеттілігі жоқ екендігіне назарын аудару.

Ампутация конечностей является древнейшей операцией. Становление учения об ампутациях прошло ряд этапов, и было связано как с решением общемедицинских проблем, так и с разработкой более узких вопросов: установлением показаний к операции, уровня ампутации, способа выкраивания лоскутов, обработки нервов, сосудов, костного опиала и т.д. До введения способов обезболивания, асептики и антисептики ампутации были тяжелейшими операциями, сопровождающимися высоким процентом смертности. Так по данным Н.И. Пирогова, во время обороны Севастополя после ампутаций бедра по поводу огнестрельных переломов смертность в среднем составила 92%. В те же времена появляется и такое понятие как алкоголизация нерва. Её применяют для профилактики фантомных болей, путем введения 70% спирта под эпинеурый. Но, как и другие виды обработки нерва, он не является эффективным, и не способствует предупреждению развития невров в рубцовую ткань. Последняя и является причиной фантомных болей (60%: Carlin et al., 1978, 78%: Sherman et al., 1984). В настоящее время самым щадящим методом является пересечение осторожно выделенного нерва на 5 – 6 см проксимальнее уровня ампутационной раны. Пересечение нерва производится после введения под эпинеурый 2% раствора новокаина одним движением острого лезвия в перпендикулярном направлении к продольной оси нерва. Совершенно не допустимо вытяжение нерва из раны, так как образующиеся внутривольные гематомы и травматизация осевых цилиндров приводят к возникновению невритов. В современной хирургии отводится большое значение профилактики фантомных болей, она сводится к применению на этапе предоперационной подготовки больных и проведения оперативного вмешательства, в устранении патологической болевой импульсации с периферии и в достижении адекватного обезболивания. Это касается, прежде всего, больных с сосудистыми и онкологическими заболеваниями конечностей, для которых характерны клиника нарастающей боли и различные вегетативно-сосудистые нарушения. Именно у больных этой категории после ампутации конечности наблюдается преимущественное развитие болевого фантома вплоть до появления каузалгий. Опыт, подтвержденный экспериментальными исследованиями, показал, что устранение боли за несколько дней до ампутации конечности в сочетании с адекватным интраоперационным обезболиванием позволяет значительно снизить частоту возникновения фантомных болей после операции. В то же время, как показывает анализ традиционных методов обезболивания, методики пред- и послеампутационного обезболивания, основанные на системном введении наркотических анальгетиков, а также общая анестезия во время ампутации не обеспечивают адекватной защиты центральных структур мозга от болевой стимуляции. Наиболее оптимальным методом прерывания патологической болевой импульсации при планировании ампутации конечности является длительная эпидуральная анестезия.

Мы проводили анализ медицинских карт стационарных больных с 2008 по 2010 гг. на базе КГКП «Больницы скорой медицинской помощи» и КГКП «Городской больницы №1» г. Павлодара, с целью выявления эффективности алкоголизации нервов для профилактики фантомных болей у больных с ампутациями нижних конечностей выше колена. В период с 2008 по 2010гг было прооперировано 262 человека. Женщины - 116 (44,2%) и мужчины – 146 (55,7%). Средний возраст 43 года. Чаще всего ампутации выполнялись по поводу облитерирующего атеросклероза. На базе КГКП

«БСМП» чаще всего ампутации выполняются по поводу сахарного диабета, у декомпенсированных больных с множественными осложнениями, включая «диабетическую стопу». Мы разделили больных на две группы: контрольная и основная. В контрольной группе проводилась алкоголизация нерва, а в основной нет. В КГКП «БСМП» было прооперировано 47 человек (контрольная группа), а в КГКП «Городской больнице №1» - 215 человек (основная группа). У 19% оперированных - появились фантомные боли в раннем и позднем послеоперационном периоде. Причем в контрольной группе этот показатель составил 13,4%. Соотношение мужчин и женщин 2:1. Средний возраст 46 лет. Безболезненные фантомы проявлялись в виде парестезий. Больные ощущали покалывание, жжение, ползание мурашек в ампутированной конечности. А болезненные фантомы проявлялись как боли в кончиках пальцев ампутированной конечности.

Таким образом, в своем исследовании мы установили, что в контрольной группе фантомные боли встречались в 13,4% случаев, что на 7,8% больше чем в основной группе, где применяли современные способы профилактики. Данные боли чаще встречались у мужчин, средний возраст составляет 46 лет, с диагнозом облитерирующий атеросклероз. Чаще всего они проявлялись в виде покалывания, жжения, ползание мурашек в ампутированной конечности, или же в виде боли в кончиках пальцев ампутированной конечности. Их появление мы можем связать как с техническими погрешностями во время операции, а именно неправильная обработка седалищного нерва, так и с малой эффективностью самого способа.

В своей статье, мы хотели обратить внимание практикующих врачей на то, что нет никакой надобности в применении алкоголизации нерва для профилактики фантомных болей, так как есть более современные способы. Основное значение необходимо уделять правильной обработке нерва, о которой было сказано выше. Поэтому в современной хирургии необходима согласованная работа анестезиологической и хирургической службы.

Литература:

1. Волобуев Н.И., Волобуев А.И.: Способ профилактики фантомного болевого синдрома при ампутации конечностей. Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 1991, т. 146, № 3.
2. Воробейчик Я.М.: Изменения в рефлекторной сфере у больных с фантомно-болевым синдромом. Тезисы докладов 2-й конференции Российской Ассоциации по Изучению Боли, 12-15 сентября 1995 г..
3. Майорчик В.Е., Архипова Н.А., Васин Н.Я., Гроховский Н.П.: Особенности таламо-кортикальных отношений при фантомном болевом синдроме (электрофизиологическое исследование во время стереотаксических операций). Ж. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, 1980, вып.6.
4. Нарышкин А.Г., Гурчин Ф.А., Самойлов К.А., Кирсанова Г.В., Василевская Л.С., Швец Я.М.: Патогенез фантомно-болевого синдрома и его лечение. Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 1989, №8.
5. Иргер И.М.: Нейрохирургия. М.: Медицина, 1982
6. Калюжный М.В.: Физиологические механизмы регуляции болевой чувствительности. М.: Медицина, 1984.
7. Карташов О.Н., Назаров Е.А., Буриков А.О.: Лечение постампутационных болей методом электро-

пунктуры. Ж. Ортопедия, травматология, протезирование, 1991, №2.

8. Кассиль Г.Н.: Наука о боли. М.: "Наука", 1975.

9. Крыжановский Г.Н., Графова В.Н.: Исследование болевого синдрома спинального происхождения (к концепции генераторного механизма болевого синдрома). Бюл. экспериментальной биологии, 1974, №7.

10. Кукушкин М.Л.: Особенности пластических изменений в ЦНС после невротомии в зависимости от наличия или отсутствия нейрогенного болевого синдрома. Тезисы докладов 2-й конференции Российской Ассоциации по Изучению Боли, 12-15 сентября 1995 г..

11. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Арлозарова Н.М.: Предупреждающая аналгезия как основа профилактики послеоперационного болевого синдрома.

12. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Сыровегин А.В., Иванов А.М.: Об этапности формирования фантомно-болевого синдрома. Там же.

13. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Сыровегин А.В., Кукушкин М.Л.: Особенности фармакотерапии различных форм течения фантомного болевого синдрома. Тезисы российской научно-практической конференции

"Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами", 7-9 октября 1997г.

14. Судаков К.В., Юмашев Г.С.: Подавление болевых синдромов чрезкожной электростимуляцией нервных волокон. Ж. Неврологии и психиатрии, 1978, №12.

15. Сулим Н.И., Кремлев В.Н.: Рефлекторная терапия больных с фантомными болевыми синдромами. Ж. Протезирование и протезостроение, 1990, вып. 88.

16. Ферранте М., Тимоти Р. ВейдБонкора: Послеоперационная боль. М.: Медицина, 1988.

17. Шевчук В.И., Кучеренко А.Е.: Опыт лечения ампутированных болей переменным магнитным полем. Ж. Советская медицина, 1977, №3.

18. Bach S., Noreng M.F., Tjelden N.U.: Phantom limb pain in amputees during the first 12 months following limb amputation, after preoperative lumbar epidural blockade. Pain 33:297, 1988.

19. Melzack R., Wall P.: The Challenge of pain. Penguin books.

20. Sherman R.A., Sherman C.J., Parker L.: Chronic phantom and stump pain among American veterans: results of survey. Pain 18:83, 1984.

УДК 616-036.864-08

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ КОНТРАТУБЕКС В КОМБИНАЦИИ С ФЕРМЕНТОМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ИЗБЫТОЧНОГО РУБЦЕОБРАЗОВАНИЯ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ

К. Р. Беделманов

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Усть-Каменогорск

Тұжырым

Ерте жазылу кезеңде асыра тыртықтанудың алдын алында гель контратубекс фермент комбинациясымен қолдануы

Өте жоғары әсері көрсетілген комплексті терапия энзимотерапия Лонгидаза мен гель Контратубекс локальды аппликация түрінде және фонофорезде, жәнеде гель Медерм бет пен мойын аймағының комплексті емінде. Осы схеманы қолдану хирургиялық әрекетті азайтып, жақсы косметикалық әсер және жағымсыз қалдық іздерді азайтады. Хирургиялық науқастардың болжамын жақсартып, емдеу мерзімін қысқартып өмір сапасын жоғарлатады.

Summary

In the healing process for prevention development of scar using of contratubex with enzym

Touch, was shown good efficiency of using combination enzyme longidaza and gel contratubex as a local application, phonophorez, using of gel mederm on face and neck. Using this scheme decrease surgical action, gives good cosmetic effect and avoid complication, improves outcome of surgical patients, decrease terms of treatment and improves quality of life.

Актуальность в современной медицине проблемы патологического рубцобразования можно обосновать тем, что образование грубых рубцов приводит к инвалидности в молодом, трудоспособном возрасте, видимые рубцы и контрактуры значительно снижают качество жизни пациентов и доставляют ряд психических проблем больным. Уже давно известно, что образование рубцов - это нормальная функция поврежденных тканей, без которой не может существовать ни один живой организм и проблема заключается не в самом рубцевании, а в типе формирующего рубца. В последнее время участились случаи обращаемости пациентов, в основном молодого, трудоспособного возраста. С избыточными рубцами после различных травм, операций. В связи с чем, очень остро стоит вопрос о необходимости ранней профилактики патологического рубцобразования и предотвращения ухудшения качества жизни пациентов и скорейшего восстановления трудоспособности. Подавляющее большинство описанных в различной литературе методов лечения и профилактики

избыточного роста соединительной ткани имеет в основном отношение к пациентам, у которых уже сформировались гипертрофические рубцы. Разработка же новых способов предупреждения образования патологических рубцов у пациентов, ранее не имевших, в доступной литературе встречается редко и направлены они, как правило, на устранения одного звена, приводящего к патологическому рубцобразованию. Учитывая все перечисленное, проблема современного предотвращения формирования гипертрофических рубцов является на данный момент крайне актуальной и требующей активного исследования и поисков методов решения. Мною представлен опыт по профилактике развития гипертрофических рубцов после ожоговых травм.

На базе травматологического отделения Больницы скорой медицинской помощи г. Усть-Каменогорска. В течение 4 лет в разное время находились под наблюдением 20 пациентов в возрасте от 18 до 50 лет обоого