

Результаты и их обсуждение

По данным литературы наиболее распространенным способом гемостаза при травмах печени является печеночный шов. Вместе с тем анализ результатов эксперимента продемонстрировал что при использовании печеночного шва наблюдается значимо большее ($p < 0,05$) количество воспалительных, ишемических, некротических и рубцовых изменений в паренхиме печени в сравнении с группой животных, которым выполнялась тампонада печени.

Результаты клинического исследования показали, что применение авторского алгоритма выбора лечебной тактики и оригинального способа гемостаза позволило во всех случаях случаев добиться стойкого гемостаза и значимо ($p < 0,05$) уменьшить среднюю длительность операций до $91,4 \pm 18,1$ мин. Анализ основных критериев оценки результатов показал что в основной группе количество билиарных осложнений сократилось на 8,6% ($p \geq 0,05$), гнойно-септических на 22,9% ($p < 0,05$), а потребность в повторных операциях на 49% ($p < 0,05$).

Выводы

Итоги выполненных исследования и внедрения в практику их результатов, дают возможность увеличения эффективности лечения пострадавших с тяжелыми травмами печени и являются реальными путями повышения качества оказываемой им медицинской помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Смоляр А. Н., Джаграев К. Р. Одноэтапное хирургическое лечение тяжелой закрытой сочетанной травмы печени // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2015. – № 2. – С. 79–81.
2. Маскин С. С. и др. Закрытые повреждения печени: алгоритм действий хирурга в условиях травмоцентра I уровня // Политравма. – 2020. – № 2. – С. 84–91.
3. Гуца Т. С., Урбанович А. П. Эффективность некоторых методов гемостаза ран печени при травматических повреждениях // The Scientific Heritage. – 2021. – № 65–2. – С. 30–34.

УДК 616.831-005-036.11-07

С. В. Янкина, А. Ю. Ефратов, Д. И. Подъяблонский

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Рязань, Российская Федерация*

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Актуальность проблемы

Ежегодно в России регистрируется более 450 тысяч случаев острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), смертность в остром периоде которого достигает 35%, увеличиваясь на 12–15% к концу первого года. В течение 5 лет после инсульта умирают 44% пациентов. Постинсультная инвалидизация занимает 1-е место среди всех причин инвалидности и составляет 3,2 на 10000 населения [1]. По данным ВОЗ дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника встречаются у 80% населения и составляют до 90% всех случаев хронических заболеваний. Врачи скорой медицинской помощи (СМП), как правило, являются первичным звеном в диагностике и оказании неотложной помощи при ОНМК и от их профессионализма зачастую зависит жизнь пациентов [2]. Частота встречаемости острых нарушений мозгового кровообращения по данным карт

вызовов бригад скорой медицинской помощи в городе Рязани составляет около 4 тыс. случаев в год и немного меньше при обострении остеохондроза - в среднем около 3700 в год. Клинические проявления двух этих абсолютно разных заболеваний часто похожи, и учитывая тот факт, что острые сосудистые заболевания «молодеют», а врачи в догоспитальном периоде не имеют дополнительных методов лабораторной и инструментальной диагностики, можно предположить, что врачебные ошибки в данных случаях неизбежны, а соответственно неизбежна высокая летальность и инвалидизация.

Цель

На примере клинического случая изучить особенности дифференциальной диагностики острого нарушения мозгового кровообращения в молодом возрасте.

Материалы и методы исследования

Мужчина, 42 года на работе отметил пронзающую жгучую боль в области затылка, шеи. Связал с повышением АД. Самостоятельно принял каптоприл. На следующий день обратился к дежурному терапевту по месту жительства. Оформил больничный лист с диагнозом гипертоническая болезнь, назначена гипотензивная терапия. Вечером отметил появление онемения левой руки и левой половины лица, вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Из анамнеза: хронические заболевания: гипертоническая болезнь 3 ст., неконтролируемая, риск сердечно-сосудистых осложнений 4. Остеохондроз позвоночника (грыжи L4-S1). Рабочий горячего цеха. Курит по пачке в день. Спиртным не злоупотребляет. Операции отрицает.

Результаты и обсуждение

При осмотре врача СМП: Рост 175 см, Вес 85 кг, ИМТ 27,8. Сознание ясное, АД – 160/80 мм.рт.ст., ЧСС 80/мин, ЧДД 18 в мин, *t* тела 36,6; SpO₂ 98%. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 80 в минуту. Данных за наличие острого коронарного синдрома нет. Неврологический статус: носогубные складки симметричны, не сглажены, зрачки D=S, реакция на свет сохранена; нистагм, анизокория, менингеальные симптомы отрицательны; тонус мышц в норме, проба Баре отрицательна, пальце-носовая проба без миопопадания, симптом Бабинского отрицательный. При пальпации тоническое напряжение паравертебральных мышц, болезненность при пальпации на уровне шейного, поясничного отделов позвоночника. Баллы по шкале инсульта национального института здоровья – 16 (незначительное снижение чувствительности).

Бригадой СМП поставлен основной диагноз: ОНМК (геморрагический инсульт), конкурирующий диагноз: остеохондроз позвоночника. Доставлен в ГБУ РО «ГКБ № 11». После осмотра неврологом поставлен диагноз: Остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника.

При лабораторном исследовании крови были выявлены повышенные показатели общего холестерина, липопротеинов низкой плотности и триглицеридов, индекс атерогенности составил – 7,6. В коагулограмме повышены МНО, фибриноген и снижен протромбиновый индекс.

При дуплексном сканировании брахиоцефальных артерий выявлены признаки атеросклероза брахиоцефальных артерий со стенозом левой внутренней сонной артерии в проксимальной части 40–45%, правой подключичной артерии в устье 40% по диаметру. Гипоплазия левой позвоночной артерии.

Компьютерная томография показала наличие зоны ишемии в правой гемисфере (8 баллов по шкале ASPECTS).

После проведенного обследования поставлен диагноз: Ишемический инсульт в правом каротидном бассейне с гипестезией левой руки. Было назначено лечение: аторвастатин 40 мг, омепразол 20 мг, лизиноприл 10 мг, индапамид 2,5 мг, ацетилсалициловая

кислота 100 мг, эноксапарин 0,4 мл п/к, этилметилгидропиридина сукцинат 5,0 на 200 физ. р-ра, цитиколин.

Выписан для продолжения лечения амбулаторно с сохраняющейся гипестезией левой руки.

Выводы

Данный клинический пример демонстрирует сложности в диагностике острых нарушений мозгового кровообращения на догоспитальном этапе. Учитывая анамнез жизни пациента, молодой возраст и имеющиеся заболевания, более вероятным было поставить диагноз ухудшение остеохондроза, также можно было заподозрить геморрагический инсульт, так как мужчина имел гипертоническую болезнь и не принимал на постоянной основе гипотензивные препараты. И совсем на первый взгляд невероятным диагнозом в конечном итоге оказался ишемический инсульт. Благодаря тому, что бригада СМП заподозрила у больного инсульт, пациент был доставлен в стационар, где ему провели необходимое обследование и поставили окончательный диагноз, тем самым дав возможность больному после реабилитации жить полноценной жизнью.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Создание коллекции МСКТ-изображений и клинических данных при острых нарушениях мозгового кровообращения / Ф. А. К. Шарифуллин, Д. Д. Долотова, Т. Г. Бармина [и др.] // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н. В. Склифосовского. – 2020. – Т. 9, № 2. – С. 231–237.
2. Ершов Я. А. Анализ обращаемости населения за скорой медицинской помощью при гипертонической болезни, гипертоническом кризе и остром нарушении мозгового кровообращения в городе Саранск / Я. А. Ершов, И. В. Асаев, К. А. Свешников // Актуальные научные исследования в современном мире. – 2020. – № 1–3(57). – С. 30–33.