

и интенсивнее выражены при ушибе ГМ тяжелой степени. Менее интенсивно застойные признаки на глазном дне проявлялись при ушибе ГМ средней степени тяжести.

Проминирование в витрум ДЗН и увеличение его диаметра за счет отека, а также появление гемо- и плазморрагии на нем и в перипапиллярной зоне, расценивается как выраженный осложненный застойный ДЗН. Вены сетчатки при этом резко кровенаполнены, неравномерны («четкообразны»), извиты, артерии нитевидны, слабо прослеживаются из-за отека ДЗН. Чаще такая картина наблюдалась у пациентов с ЧМТ тяжелой степени, со сдавлениями ГМ — 486 чел.

При этом эти изменения чаще были двусторонними (408 чел.), реже — наблюдались на стороне сдавления ГМ (56 человек) и на противоположной очагу сдавления стороне (22 человека)

У обследуемых пострадавших застойные изменения на глазном дне чаще всего наблюдались при внутричерепных травматических гематомах. Причем после оперативного удаления гематом постепенно происходило обратное развитие этих явлений вплоть до полной нормализации картины глазного дна. Известно, что указанные изменения на глазном дне являются следствием повышения венозного и ликворного давления. После устранения сдавления головного мозга циркуляция ликвора и венозной крови в полости черепа постепенно нормализуется и явления застоя на глазном дне регрессируют.

Выводы

1. Возникающие на глазном дне изменения при черепно-мозговой травме имеют существенные особенности:

- а) раннее развитие застойных явлений диска зрительного нерва и в сосудистом пучке;
- б) быстрое их нарастание в случае несвоевременного устранения причины, вызвавшей ВЧГ;
- в) довольно быстрый регресс их после нормализации ВЧД.

2. Механизм возникновения застойных явлений на глазном дне связан с реакцией интрамуральных барорецепторов кавернозного синуса, который чутко реагирует на изменение уровня ВЧД.

3. Выраженность застойных явлений на глазном дне в определенной степени зависит от тяжести ЧМТ, места приложения удара и времени его нанесения.

4. Наличие даже начальных застойных изменений ДЗН дает основание ставить диагноз «ушиб головного мозга» даже в случаях так называемой «легкой» черепно-мозговой травмы при отсутствии очаговой неврологической симптоматики.

5. Повышение внутричерепного давления, развитие отека ткани мозга оказывают негативное влияние на проводящие пути и корковый центр зрительного анализатора. Совокупность ранних изменений картины глазного дна у пациентов с черепно-мозговой травмой на ранних этапах заболевания позволяет правильно определить тактику лечения этой патологии.

6. Таким образом, несмотря на широкое применение КТ и МРТ — исследований в целях диагностики при ЧМТ, нейроофтальмологические данные у пациентов с этой патологией имеют важное значение и позволяют правильно оценить тяжесть травмы, динамику регресса повреждения головного мозга.

Г. В. ДИВОВИЧ, А. В. ВИННИК

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ (МИНИРЕЛИЗАМИ)

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

В Гомельской области ежегодно рождается от 4 до 15 детей с врожденной косолапостью (в среднем на 1585 родов один новорожденный с косолапостью). В процессе лечения косолапость рецидивирует в 40–50 % случаев.

Основной метод лечения рецидивов косолапости – хирургический. В странах СНГ традиционными являются операции Зацепина и Штурма (заднемедиальная тенолигаментокапсулотомия скакательных суставов и суставов Шопара и Лисфранка). Подобные операции применяют и за рубежом (Томпсона-Цинтинати, Мак-Кея, Турко). Опыт таких операций показал, что в результате обширных околоталярных релизов стоп развиваются выраженные контрактуры скакательных суставов, аваскулярные некрозы таранной кости.

В последние 20 лет ортопеды многих стран для устранения рецидивов эквинорварусных деформаций стоп предлагают малоинвазивные операции (минирелизы): околадьевидные релизы, мини-Цинтинати, транспозиции сухожилий на тыле стопы и т. д. Эти операции не приводят к ригидным изменениям тканей, процент рецидивов косолапости после них снижается до 6 %.

В 2013 г. в ортопедотравматологическом отделении Гомельской областной клинической больницы было начато выполнение минирелизных вмешательств по поводу рецидивов врожденной косолапости.

Цель: оценить ближайшие результаты малоинвазивного хирургического лечения детей с рецидивами косолапости на базе УГОКБ за период 2013–июнь 2014 гг.

Материалы и методы. В период 2013 – июня 2014 гг. в ортопедотравматологическом отделении УГОКБ проведено 6 оперативных минирелизных вмешательств по поводу рецидивов косолапости у детей в возрасте от 2 до 7 лет. Операция представляла собой два одномоментно выполняемых релиза: 1) Z-образное удлинение ахиллова сухожилия с рассечением капсулы только голеностопного сустава из продольного или поперечного доступа (задний релиз); 2) отсечение узла Генри от ладьевидной кости с полуциркулярным рассечением капсулы таранно-ладьевидного сустава и транспозицией сухожилия передней большеберцовой мышцы на третью клиновидную кость из медиального доступа (медиальный релиз). Для устранения нарушенных анатомических взаимоотношений костей среднего отдела стопы выполняли их закрытую репозицию и фиксацию спицами под интраоперационным рентгеновским контролем. При таком варианте коррекции стоп удлинение сухожилий в зоне голеностопного сустава не требовалось. Гипсовая иммобилизация после операций проводилась в течение 3-х месяцев. Спицы удаляли через 3–4 недели со дня операции, фиксацию стоп продолжали гипсовыми сапожками по методике Понсети. После снятия гипсовых повязок дети получали реабилитационное лечение, а также постоянное ношение брейсов, ортопедических туторов и ортопедической обуви.

Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность операции заднемедиального релиза на одной стопе составила 45–60 минут (вместо 1,5–2 часов при традиционной операции Зацепина), средний срок пребывания пациента в стационаре — 8,3 дня, вместо двух недель. В таблице представлены результаты операций у 4 пациентов. Двое из 6 оперированных детей в таблицу не включены, поскольку в настоящее время находятся на этапе иммобилизации. Ближайшие результаты лечения оценивали по 5-балльной шкале в ходе клинического осмотра детей и определения формы оперированной стопы, тыльной флексии стопы (пассивной и активной), позиции пятки в положении стоя, положения переднего отдела стопы, нарушения ходьбы, отсутствия или наличия рецидива деформации. Сроки нашего наблюдения составили от 4 до 8 месяцев после операции.

При лечении детей с рецидивами врожденной косолапости было отмечено: чем младше возраст пациентов, тем лучше результат операции заднемедиального релиза

стопы, а также чем меньше число ранее перенесенных ребенком рецидивов косолапости, тем качественнее происходит восстановление функции и формы стоп. В ближайшем послеоперационном периоде у наблюдаемых детей после заднемедиального релиза рецидивирования деформаций не возникло.

Таблица — Сравнительная оценка результатов лечения рецидивов врожденной косолапости.

Параметры функции стоп	Пациенты (пол, возраст, число рецидивов)				Средняя оценка параметра
	1 (м), 2 года, рецидив 1	2 (ж), 2 года, рецидив 1	3 (ж), 5 лет, рецидив 3	4 (м), 6 лет, рецидив 2	
Тыльная флексия стопы	5	5	3	4	4,25
Позиция пятки в положении стоя	5	5	4	5	4,75
Положение переднего отдела стопы	5	5	4	5	4,75
Ходьба	5	5	4	5	4,75
Итоговый балл	5	5	3,75	4,75	4,60
Рецидив деформации	нет	нет	нет	нет	нет

Выводы

Применение заднемедиального релиза стоп при лечении рецидивов врожденной косолапости является перспективным в отношении восстановления как формы, так и функции стоп, и как следствие — профилактики повторного рецидивирования их эквино-варусной деформации.

Малоинвазивные релизные хирургические пособия в качестве первичных и единственных операций у детей с врожденной косолапостью на первом году жизни могут планироваться при условии объективной диагностики анатомических нарушений, приводящих к рецидивированию врожденной деформации.

О. Г. ДРОЗДОВСКАЯ, И. И. ЧЕМЕРКО

СКЛОННОСТЬ К СИНДРОМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

На Европейской конференции ВОЗ (2005 г.) было указано, что «стресс, связанный с работой, является важной проблемой примерно для одной трети трудящихся стран Европейского союза и стоимость решения проблем с психологическим здоровьем в связи с этим составляет в среднем 3–4 % валового национального дохода».

В связи с социально-экономическими изменениями и трансформацией рабочей ситуации в обществе происходит изменение отношения людей к работе. Люди теряют уверенность в гарантированном рабочем месте, обостряется конкуренция за престижную работу, нарастают явления специализации, механизации. Падает рейтинг ряда социально значимых профессий — медицинских работников, учителей. Растет психическое, эмоциональное напряжение, чаще выявляются нарушения, связанные со стрессом на рабочем месте — тревога, депрессия, **синдром профессионального выгорания (СПВ)**, психосоматические и психовегетативные нарушения, зависимости от психоактивных веществ (включая алкоголь, транквилизаторы и др.).

Цель исследования. Оценить склонность врачей анестезиологов – реаниматологов к СПВ; составить на основании полученных данных рекомендации, которые могли бы послужить методической основой для разработки профилактических мероприятий.