



РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ



ИЗДАТЕЛЬСТВО "МЕДИЦИНА"

2

2012

**РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ:**

Главный редактор
О. В. АЛЕКСАНДРОВ

Л. М. БАРДЕНШТЕЙН,
Ю. С. БУТОВ,
П. Д. ВАГАНОВ,
Г. Е. ГЕНДЛИН,
С. П. ГРИГОРЬЕВ
(заместитель главного
редактора),
И. В. ДАМУЛИН,
А. Д. КЛИМИАШВИЛИ,
В. И. ЛУЧШЕВ,
Л. О. МИНУШКИНА
(ответственный секретарь),
Н. В. ПОЛУНИНА,
Б. К. РОМАНОВ,
С. В. СВИРИДОВ,
Т. В. СЕБКО,
В. А. СТАХАНОВ

Зав. редакцией
Т. В. Иванова
8-499-264-36-66

Почтовый адрес:
115088, Москва, Новоостановская ул.,
д. 5, стр. 14

2
2012

МАРТ—АПРЕЛЬ



«ИЗДАТЕЛЬСТВО "МЕДИЦИНА"»

РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Russian Medical Journal

Двухмесячный научно-практический журнал

Основан в 1995 г.

**Журнал входит в перечень периодических
научно-технических изданий, выпускаемых в Российской
Федерации, в котором рекомендуется публикация основных
результатов диссертаций на соискание ученой степени
кандидата и доктора наук**

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

АНТОНОВ В. Ф., профессор, зав. каф. ЛОР-болезней Университе-
та дружбы народов; БЕЗНОСЮК Е. В., профессор, начальник от-
дела службы психологической помощи населению Москвы; ВЕТ-
РОВ В. П., профессор, зам. директора по научной работе Моск.
НИИ педиатрии и детской хирургии; ВИХЛЯЕВА Е. М., член-
корреспондент РАМН, профессор, зам. директора по науке Науч-
ного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН; ГА-
МОВ В. П., профессор каф. оториноларингологии Первого МГМУ;
ГОРИЛОВСКИЙ Л. М., профессор, зав. отделением урологии боль-
ницы № 30 Москвы; ГУСЕВ Е. И., академик РАМН, профессор,
зав. каф. неврологии и нейрохирургии РНИМУ; ИВАНОВ И. О.,
профессор, зав. отд. гастроэнтерологии ЦКБ Медицинского центра
Управления делами Президента РФ; ЛИСИН С. В., ассистент каф.
общей хирургии РНИМУ; МАКОЛКИН В. И., член-корреспондент
РАМН, профессор каф. факультетской терапии № 1 Первого МГМУ;
МАНЬКО В. М., профессор, зам. директора по научной работе Ин-
ститута иммунологии Минздрава РФ; МИШНЕВ О. Д., профессор,
зав. каф. патологической анатомии лечебного факультета РНИМУ;
ПАНЦЫРЕВ Ю. М., член-корреспондент РАМН, профессор каф.
госпит. хир. РНИМУ; ПЕТРИН А. Н., профессор, зав. лаб. медицин-
ских генетических технологий МГМСУ; ПОЛЯЕВ Б. А., профессор,
зав. каф. реабилитации и спортивной медицины РНИМУ; ПОТЕМ-
КИН В. В., профессор, зав. каф. эндокринологии РНИМУ; СКО-
РОГЛЯДОВ А. В., профессор, зав. каф. травматологии и ортопедии
РНИМУ; СКРИПКИН Ю. К., академик РАМН, профессор, зав. каф.
кожно-венерических болезней РНИМУ; СТАРОДУБОВ В. И., акаде-
мик РАМН, зав. каф. управления, экономики здравоохранения и мед.
страхования ФУВ РНИМУ; ШУЛУТКО А. М., профессор, зав. каф.
хирургических болезней Первого МГМУ

СОДЕРЖАНИЕ

Организация здравоохранения и общественное здоровье

- Копецкий И. С., Насибуллин А. М.** Медико-социальная характеристика больных с тяжелыми сочетанными повреждениями средней зоны лица и особенности оказания им медицинской помощи в условиях реанимационного отделения. 3
- Пичхадзе Г. М., Сатбаева Э. М., Кисарь Л. В.** Формулярная система: опыт внедрения и перспективы. 7

Клиническая медицина

- Аникин А. И., Гриднев О. В., Ахметов М. М., Чуприна В. П., Горюнов С. В., Михальский В. В., Чудик В. И.** Результаты комплексного хирургического лечения больных с гнойно-некротическими поражениями на фоне синдрома диабетической стопы. 11
- Жаворонков Е. А., Скорогладов А. В., Коробушкин Г. В., Ратев А. П.** Функциональные результаты после эндопротезирования головки лучевой кости. 14
- Кириченко И. М., Шония Л. И., Алексеева Н. С.** Клинико-диагностические аспекты вестибулярной дисфункции сосудистого генеза. 17
- Щукина Е. П., Бунькова К. М., Изотова Е. А., Гончарова Е. М.** Сравнительное исследование эффективности препаратов венлафаксин и амитриптилин у больных с тревожными депрессиями. 21
- Сосюра В. Х., Байяндина Г. Н., Михалева Г. В.** Эндоскопическая диагностика хронического ларингита у детей. 25
- Данилова И. Г., Кисельникова Л. П., Гетте И. Ф., Медведева С. Ю., Пикилиди Т. В., Мухлынина Е. А., Таболова Е. Н.** Коррекция морфологических изменений тканей пародонта при использовании бензидамина гидрохлорида для местного применения (экспериментальное исследование). 27

Клиническая фармакология и лекарственные средства

- Сидорова С. А., Ласков В. Б., Бобынцев И. И.** Применение пептида дельта-сна и семакса в сочетании с электростимуляцией в лечении постинсультных когнитивных расстройств. 30
- Магхраби Ж., Можоккина Г. Н., Аляутдин Р. Н., Оганесян Е. А., Елистратова Н. А.** Разработка и фармакологическое изучение наносомальных форм некоторых противотуберкулезных препаратов. 33

Лекции

- Лучшев В. И., Жаров С. Н., Кузнецова И. В.** Холера. 36
- Камчатнов П. Р., Трубетская Е. А.** Лечение пациента с поясничной болью — эффективность комбинированной терапии. 39

Обзоры

- Самсонова С. Е., Чиквинидзе Н. К., Янковская Я. Д., Жаров С. Н.** Достижения и перспективы в лечении гепатита С. 44
- Сажин В. П., Грыженко С. В., Сажин И. В., Климов Д. Е., Савельев В. М.** Эффективность комбинированного гемостаза при язвенных гастроудоденальных кровотечениях. 48
- Жирнов О. П., Малышев Н. А.** Апротинин, ингибитор протеаз, — новая альтернатива в лечении гриппа. 52

CONTENTS

Public Health Organization and Public Health

- Kopetsky I. S., Nasibullin A. M.** The sociomedical characteristics of patients with severe concomitant midfacial injuries and the specific features of medical care to them in an intensive care unit. 3
- Pichkhadze G. M., Satbayeva E. M., Kisar L. V.** The formulary system: experience in introduction and prospects. 7

Clinical Medicine

- Anikin A. I., Gridnev O. V., Akhmetov M. M., Chuprina V. P., Goryunov S. V., Mikhalsky V. V., Chudik V. I.** Results of combined surgical treatment in patients with pyonecrotic injuries in the presence of diabetic foot syndrome. 11
- Zhavoronkov E. A., Skoroglyadov A. V., Korobushkin G. V., Ratyev A. P.** Functional results after endoprosthetic replacement of the radial head. 14
- Kirichenko I. M., Shonia L. I., Alekseyeva N. S.** Vestibular dysfunction of vascular genesis: Clinical and diagnostic aspects. 17
- Shchukina E. P., Bunkova K. M., Izotova E. A., Goncharova E. M.** Comparative study of the efficacy of venlafaxine and amitriptylline in patients with anxious depressions. 21
- Sosyura V. Kh., Bayandina G. N., Mikhaleva G. V.** Endoscopic diagnosis of chronic laryngitis in children. 25
- Danilova I. G., Kiselnikova L. P., Gette I. F., Medvedeva S. Yu., Pikilidi T. V., Mukhlynina E. A., Tabolova E. N.** Correction of morphological periodontal tissue changes in the local use of benzydamine hydrochloride: experimental study. 27

Clinical Pharmacology and Medicines

- Sidorova S. A., Laskov V. B., Bobyntsev I. I.** Use of deltaran peptide and semax in combination with electroneurostimulation to treat poststroke cognitive disorders. 30
- Maghrabi Zh., Mozokkina G. N., Alyautdin R. N., Oganessian E. A., Elistratova N. A.** The design of pharmacological study of the nanosomal formulations of some antituberculosis drugs. 33

Lectures

- Luchshev V. I., Zharov S. N., Kuznetsova I. V.** Cholera. 36
- Kamchatnov P. R., Trubetskaya E. A.** Treatment in a patient with lumbago: Efficiency of combination therapy. 39

Reviews

- Samsonova S. E., Chikvinidze N. K., Yankovskaya Ya. D., Zharov S. N.** Achievements and progress in the treatment of hepatitis C. 44
- Sazhin V. P., Gryzhenko S. V., Sazhin I. V., Klimov D. E., Savelyev V. M.** Efficiency of combined hemostasis in ulcerative gastroduodenal hemorrhages. 48
- Zhirnov O. P., Malyshev N. A.** Aprotinin, a protease inhibitor, is a new alternative in the treatment of influenza. 52

Журнал индексируется:
*Ulrich's International Periodicals
Directory.*

Все права защищены. Ни одна часть
этого издания не может быть занесена в
память компьютера либо воспроизведе-
на любым способом без предваритель-
ного письменного разрешения издателя.

ISSN 0869-2106



9 770869 210001

ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ

Тел./факс 8 (499) 264-00-90
Ответственность за достовер-
ность информации, содержа-
щейся в рекламных материалах,
несут рекламодатели.

Художественный редактор
Р. Р. Камеева
Корректор *А. В. Малахова*
Переводчик *Т. В. Четчина*
Верстка *Г. В. Калинина*

ОАО «Издательство «Медицина»»

107140 Москва, ул. Верхняя Красносельская, д. 17А, стр. 16

E-mail: meditsina@mtu-net.ru
WWW-страница: www.medlit.ru

ЛР № 010215 от 29.04.97 г.

Сдано в набор 14.12.11. Подписано в печать 04.04.12.
Формат 60 × 88 1/8. Печать офсетная
Печ. л. 7,00. Усл. печ. л. 6,86. Уч.-изд. л. 8,76. Заказ 169.
Подписной тираж номера 517 экз.
Отпечатано в ООО «Подольская периодика»,
142110, г. Подольск, ул. Кирова, 15

Организация здравоохранения и общественное здоровье

© И. С. КОПЕЦКИЙ, А. М. НАСИБУЛЛИН, 2012
УДК 617.52-001-06-08-039.72:614.2

И. С. Копецкий^{1*}, А. М. Насибуллин²

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА И ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, кафедра терапевтической стоматологии;
²Городская клиническая больница № 1 им. Н. И. Пирогова, Москва

*Копецкий Игорь Сергеевич, канд. мед. наук, доц., зав. каф. 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 5
E-mail: kopetski@rambler.ru

♦ Приведены результаты анализа 511 историй болезни пациентов с травматическими повреждениями средней зоны лица (ТПСЗЛ), госпитализированных в реанимационное отделение городской клинической больницы Москвы. Представлена оценка тяжести состояния пациентов с ТПСЗЛ. Особое внимание уделено роли факторов, влияющих на величину показателя летальности среди пациентов с ТПСЗЛ. Показано значение наиболее важных аспектов организации медицинской помощи пациентам с ТПСЗЛ в 1-е сутки с момента получения травмы. Отмечено, что сокращение догоспитального времени, ранняя адекватная респираторная поддержка в первые 60 мин обеспечивают снижение летальности на 51,7% в сравнении с группой больных, которым ее проводили в более поздние сроки. Предложенные мероприятия позволяют снизить летальность, особенно при тяжелых формах ТПСЗЛ.

Ключевые слова: повреждения средней зоны лица, летальность, интенсивная терапия

I. S. Kopetsky¹, A. M. Nasibullin²

THE SOCIOMEDICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SEVERE CONCOMITANT MIDFACIAL INJURIES AND THE SPECIFIC FEATURES OF MEDICAL CARE TO THEM IN AN INTENSIVE CARE UNIT

¹N. I. Pirogov Russian National Research Medical Institute; ²City Clinical Hospital One, Moscow

♦ The paper gives the results of an analysis of case histories of 511 patients with traumatic midfacial lesions (TMFL), admitted to the intensive care unit of Moscow City Clinical Hospital One. It also evaluates the state of patients with TMFL. Particular attention is given to the role of factors that influence mortality rates among the patients with TMFL. The most important aspects of organization of medical care to patients with TMFL are shown to be essential in the first 24 hours after injury. Shorter prehospital times and early adequate respiratory support within the first 60 minutes are noted to cause a 51.7% death reduction as compared with later medical care. The proposed measures permit mortality rates to be decreased in the severe forms of TMFL in particular.

Key words: midfacial injury, mortality, intensive care

Множественные и сочетанные повреждения челюстно-лицевой области, сопровождающиеся развитием шока, все чаще встречаются в практике как врача-реаниматолога, так и челюстно-лицевого хирурга. Повышение числа тяжелых травм у одного человека приводит к увеличению выраженности функциональных нарушений, возникновению критических расстройств кровообращения и дыхания. Запоздалое устранение нарушений функций жизненно важных органов и систем в решающей степени определяет исход тяжелой травмы. Летальность при тяжелых сочетанных повреждениях лица, по данным различных авторов, составляет от 28,6 до 85% [1, 3]. При их сочетании с повреждениями опорно-двигательного аппарата, груди, живота она достигает 90—100% [2].

С учетом важности медицинских и социальных проблем, связанных с данной патологией, были проанализированы факторы, влияющие на исход тяжелой сочетанной травмы средней зоны лица, и предложены мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи указанной группе пациентов. В качестве критерия, характеризующего эффективность предлагаемых меро-

приятий, был использован анализ динамики летальности среди больных исследуемой группы.

Изучение показателей летальности больных с травматическими повреждениями средней зоны лица (ТПСЗЛ), проходивших лечение в реанимационном отделении ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова Москвы, проведено по данным 5974 историй болезни за период с 2003 по 2009 г. Полученные данные свидетельствуют о том, что среди пациентов реанимационного отделения с травмой средней зоны лица наблюдали 511 больных.

Общая летальность от травмы в реанимационном отделении составила 27,2% (1627 человек), среди больных, имеющих повреждения лицевого скелета, — 17,6% (90 человек). Все умершие с ТПСЗЛ имели множественные и сочетанные повреждения, сопровождавшиеся развитием шока.

Средний возраст пострадавших от травмы СЗЛ, находившихся на лечении в реанимационном отделении, — $39,6 \pm 2,2$ года. Среди пациентов, поступивших за исследуемый период, преобладали мужчины — 79%, на долю женщин приходился 21%.

Одной из важных задач, стоящих перед врачами, оказывающими urgentную помощь пострадавшим при поступлении, является определение степени тяжести состояния больного. В настоящее время насчитывается более 50 шкал и таблиц для оценки тяжести травмы и прогноза течения травматической болезни. Однако большая их часть по многим причинам, в том числе по таким признакам, как громоздкость, сложность вычислений, множество параметров, невозможность получения необходимой информации и другие признаки, не нашла широкого распространения среди врачей [4].

В проведенном исследовании тяжесть повреждений оценивали по сокращенной шкале ISS (Injury Severity Score), которая в последнее время является наиболее признанной во всем мире. Этот метод основан на учете выраженности анатомических повреждений и их локализации на теле пострадавшего. Оценка тяжести травмы предусматривает разделение тела человека на 5 сегментов — кожу и мягкие ткани туловища и конечностей, голову и шею, грудь, живот, конечности. Тяжесть повреждений каждого сегмента оценивается по 5-балльной шкале от 0 до 5 баллов, за 0 принимается отсутствие повреждений, а в 5 баллов оцениваются критические повреждения данного сегмента. После оценки 5 сегментов тела в баллах три самых высоких балла возводятся в квадрат, их сумма является баллом тяжести травмы по шкале ISS. Максимальное значение, которое может быть получено, — 75 баллов. Преимуществом данной шкалы является то, что в ходе разработки она была доведена до логического завершения: на основе применяемых критериев созданы прогностические модельные системы, позволяющие количественно в процентах рассчитать вероятность летального исхода у каждого отдельного пациента.

В связи с тем что все больные имели черепно-мозговую травму, у них определяли глубину депрессии сознания по шкале Глазго (GCS). Кроме того, измеряли частоту дыхания, систолическое, диастолическое и среднее артериальное давление неинвазивными методами.

В зависимости от значения перечисленных критериев (по ISS) были выделены 4 группы больных по степени тяжести травмы, каждая из которых соответствовала определенной сумме баллов:

- 1-я группа — I степень — до 15 баллов (17,8%);
- 2-я группа — II степень — от 15 до 29 баллов (39,1%);
- 3-я группа — III степень — от 30 до 45 баллов (18,9%);
- 4-я группа — IV степень — более 45 баллов (24,2%).

Анализ данных о 511 пострадавших с сочетанными повреждениями показал, что среди пациентов реанимационного отделения преобладали лица 2-й группы со II степенью тяжести травмы.

Тяжесть травмы по ISS в среднем составила $26,1 \pm 1,7$ балла, глубина угнетения сознания по GCS была в среднем на уровне $10,9 \pm 2,11$ балла, выраженность органных дисфункций в динамике оценивали по шкале MODS [5].

На каждого больного, поступившего в реанимационное отделение с ТПСЗЛ, приходилось от 1 до 6 дополнительных травм других анатомических областей, что и обусловило высокие баллы по ISS.

В 21,3% случаев отмечено повреждение 2 анатомических областей, в 40,7% — от 2 до 5, и в 38% случаев больные были доставлены в реанимационное отделение с повреждением более 5 анатомических областей.

Все пациенты с ТПСЗЛ имели травму головного мозга, в том числе ушиб головного мозга, субдуральные гематомы (СДГ), субарахноидальные и внутрижелудочковые кровоизлияния (САК и ВЖК), разможжение тканей мозга.

Сотрясение головного мозга было отмечено практически у каждого пятого пациента с ТПСЗЛ (17,5%).

Наиболее часто дополнительные переломы (кроме переломов костей СЗЛ) локализовались в верхних и нижних конечностях (48,2%), своде черепа (45,6%), костях таза (20,2%), нижней челюсти (16,5%), грудной клетке (25,6%), позвоночнике (7,9%).

В некоторых случаях отмечена тупая травма живота (21,3%), глазного яблока и его придатков (19,4%). Приведенные данные свидетельствуют о тяжести общего состояния больных с переломами СЗЛ в связи с дополнительными травмами. Тяжесть повреждения головного мозга определялась степенью его ушиба, наличием его сдавления, САК и ВЖК, сопутствующих переломов костей мозгового черепа, а также числом и степенью деструкции сегментов лицевого скелета. В 29,3% случаев зафиксировано САК, в 8,1% — его сочетание с ВЖК. Переломы костей черепа отмечены в 35,6% случаев, чаще был поврежден свод (64,7%) и в 35,3% случаев наблюдались переломы средней и передней черепной ямки, сочетающиеся с переломами верхней челюсти по Le For III. У 16,5% больных повреждения СЗЛ сочетались с переломами нижней челюсти. Доля пациентов с тяжелым ушибом головного мозга составила 82,5%, с сотрясением головного мозга — 17,5%.

При поступлении в реанимационное отделение оперативные вмешательства были произведены у 356 пациентов, что составило 69,6% от поступивших с ТПСЗЛ. Всего в данной группе больных выполнены 1223 операции различной сложности и продолжительности.

Радикальные оперативные вмешательства (абдоминальные, торакальные, нейрохирургические, челюстно-лицевые) в раннем периоде после травмы, их продолжительность оказывали негативное влияние на состояние здоровья пациента и нередко были причиной летального исхода. Установлено, что наиболее высока смертность среди пациентов с ТПСЗЛ в первые часы после операций. Следующий подъем показателя смертности на 6—9-е сутки был обусловлен развившейся полиорганной недостаточностью, респираторным дистресс-синдромом взрослых (РДСВ), присоединением таких осложнений, как воспаление легких, менингит, сепсис.

В среднем на одного оперированного больного, находящегося в реанимационном отделении, приходилось 3,4 оперативного вмешательства. В группе выживших среднее число оперативных вмешательств составило 2,9, среди умерших — 4,9 (различия статистически достоверно, $p < 0,05$). В связи с тяжестью повреждений различной локализации и общего состояния, представляющих угрозу для жизни, у 184 (36%) больных выполнена операция экстренной трахеостомии для обеспечения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и проведения общего обезболивания. Наименьшее число операций зафиксировано в 1-й группе, наибольшее — в 4-й (соответственно 1,7 и 5,2 операции на больного).

Полученные данные свидетельствуют о том, что тяжелая сочетанная травма, как правило, приводит к грубым нарушениям в работе всех систем организма пострадавшего, а хирургическая агрессия усугубляет данное состояние, неблагоприятно влияя на организм. В то же время результаты исследования показали, что в 1-е сутки после поступления в реанимационное отделение было проведено значительное число краткосрочных оперативных вмешательств. В это время выполнено 548 операций общей длительностью 712 ч при средней продолжительности операции 1 ч 18 мин (рис. 1).

На 2-е сутки пребывания в отделении реанимации произведено 386 оперативных вмешательств, которые длились 988 ч, в среднем на операцию уходило 2 ч 33 мин. Самые продолжительные операции производились на 3-и сутки и далее. Так, общая длительность 289 операций со-