

**Громадська організація  
«Львівська медична спільнота»**

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ  
УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
«МЕДИЧНА НАУКА ТА ПРАКТИКА  
В УМОВАХ СУЧАСНИХ  
ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ»**

**21-22 квітня 2017 р.**

**Львів  
2017**

## ЗМІСТ

### НАПРЯМ 1. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

**Антушева Т. О.**

АНАЛІЗ ДЕЯКИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ  
АНГЛОМОВНИХ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ.....6

**Даниш О. О.**

ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТИЧНОГО ТА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО  
ЛІКУВАННЯ ПЕЧІНКОВОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ (ПЕ)..... 10

**Дрозд В. Ю.**

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВЗАЄМООБТЯЖЕННЯ ХРОНІЧНИХ ФОРМ  
ШЕМИЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ  
РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ..... 16

**Захарко В. П., Федусь В. Р.**

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПАХВИННИХ ГРИЖ  
У ХЛОПЧИКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ ТА МЕТОДИКИ  
ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ.....21

**Кучук О. П., Королюк С. В., Мельник О. П.**

КОНТУЗІЇ ОЧНОГО ЯБЛУКА ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ КЛІНІЧНОЇ  
КАРТИНИ В ЗАГАЛЬНІЙ СТРУКТУРІ ОЧНОГО ТРАВМАТИЗМУ ..... 26

**Міхєєва Т. М.**

ОЦІНКА СТАНУ КАПІЛЯРІВ НІГТЬОВОГО ЛОЖА  
У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ХРОНІЧНОЮ  
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ .....29

**Візір В. А., Деміденко О. В., Насоненко О. В.**

СТАН ЖОРСТКОСТІ АРТЕРІЙ ТА ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО  
МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ЧОЛОВІКІВ  
ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП .....32

**Регеда М. С., Любінець Л. А., Небелюк Н. М.**

ЗМІНИ РІВНЯ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ ЗА УМОВ  
РОЗВИТКУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ  
В ПОЄДНАННІ З АДРЕНАЛІНОВИМ ПОШКОДЖЕННЯМ МІОКАРДУ .....35

**Рожко О. П.**

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ  
С ДИФФУЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ .....38

**Романовский И. С., Бежавский Н. В.**

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА  
ПРИ ПОМОЩИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИЗМЕРЕНИЯ  
ДИАМЕТРА ОБОЛОЧЕК ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА.....43

**Сарыева М. Р.**

ПРОФИЛАКТИКА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ  
У ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ .....47

**Сарыева М. Р.**  
*студентка медицинского факультета № 3*  
**Научный руководитель: Гарячий Е. В.**  
*кандидат медицинских наук, ассистент*  
Харьковский национальный медицинский университет  
г. Харьков, Украина

## **ПРОФИЛАКТИКА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ**

По количеству летальных случаев травматизм уверенно выходит на второе место в мире после сердечно-сосудистых заболеваний, а у лиц молодого, наиболее работоспособного возраста – на первое. Большая часть транспортного, производственного и бытового травматизма привело к тому, что в экономически развитых районах тяжелая механическая травма является главной причиной смертности и инвалидности, особенно у мужчин, в возрасте до 45 лет – в период наиболее активной трудовой деятельности, особенно учитывая показатель количества непрожитых лет [1; 2].

Жировая эмболия (синдром жировой эмболии) – одно из тяжелых осложнений механической травмы, которое в 15 – 58% случаев приводит к летальному исходу.

Главным критерием развития жировой эмболии являются образования жировых эмболов, источниками которых являются капли жира костного мозга, липиды циркулирующей крови и избыточное поступление триглицеридов, липопротеидов и жирных кислот из жировых депо крови в условиях резко растущих энергетических потребностей организма при травме, истощении гликолиза и глюконеогенеза. Капли жира оказывают не только механическое и химическое воздействие на капилляры органов, но и вызывают

дисфункцию эндотелия, цитокинемию и развитие воспалительной реакции.

Основными факторами, которые способствуют развитию жировой эмболии у пострадавших с сочетанной механической травмой, являются:

- неадекватная медицинская помощь на догоспитальном этапе (отсутствие или недостаточная иммобилизация поврежденных сегментов, длительная транспортировка, доставка попутным транспортом, отсутствие противошоковых мероприятий и тому подобное);
- применение скелетной вытяжки у пострадавших с переломами костей нижних конечностей; – отсутствие мероприятий по ее профилактике;
- наличие сопутствующей патологии [3].

Очевидно, что главной причиной развития жировой эмболии является несоблюдение организационных и лечебных мероприятий, поэтому одним из эффективных мероприятий по ее профилактике должно являться устранение обнаруженных ятрогенных факторов.

**Цель исследования:** проанализировать причины и клинические признаки возникновения жировой эмболии у пострадавших с политравмой и определить пути ее предупреждения.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 20 больных с сочетанной травмой, у которых обнаружены клинические проявления жировой эмболии, находившиеся в отделении политравмы ОКЛ-ЦЕМД и МК. Мужчин было 16 человек, женщин – 4. 7 больных были доставлены в клинику по линии Центра экстренной медицинской помощи из районных больниц после оказания медицинской помощи в течение первых 3-х суток после травмы. Первичный остеосинтез костей нижних конечностей был выполнен лишь 2 пострадавшим, остальные лечились методом скелетного вытяжения, фиксации гипсовыми повязками или иммобилизацией шинами Крамера.

Поскольку отсутствуют достоверные лабораторные тесты и патогномические симптомы жировой эмболии, такой диагноз был поставлен на основе клинических методов исследования. Среди многообразия предложенных диагностических шкал для диагностики субклинической формы жировой эмболии мы руководствовались бальной оценкой клинических признаков А.Ю. Пащука и П.А. Фадеева, которая включает в себя:

- тахикардию выше 90 ударов за 1 минуту – 20 баллов;
- гипертермию выше 38°С – 10 баллов;
- признаки синдрома «шоковые легкие» – 20 баллов;
- изменение сознания – 20 баллов;
- гипер- или гипокоагуляция – 5 баллов;
- олигоурия – 5 баллов;
- цилиндрурия – 5 баллов;
- повышение СОЭ – 1 балл.

Диагноз субклинической формы жировой эмболии можно поставить при наличии больше 10 баллов, манифестной – больше 20 [4].

Исходя из вышеизложенного, у всех больных в разные сроки после травмы клинически был поставлен диагноз жировой эмболии. При этом подострая форма наблюдалась у 8 пострадавших в сроки от 1 до 4 суток, у остальных (12 больных) – субклиническая в сроки от 2 до 6 суток.

### **Результаты и их обсуждения.**

Своевременность диагностики, профилактики и начала лечения жировой эмболии, определяет эффективность проведенной терапии и прогноз для жизни больного.

Наиболее ранним и выраженным признаком жировой эмболии является дыхательная недостаточность (тахипноэ, чувство сжатия и боли за грудиной, акроцианоз, инспираторная одышка, кашель, снижение сатурации). Нарушение функции ЦНС является вторым большим признаком жировой эмболии. Наблюдаются беспокойство,

эмоциональная лабильность, присоединяется нарушение сознания, иногда кома. Мозговые и легочные проявления жировой эмболии могут быть выражены отдельно (легочная или мозговая формы), или вместе.

Патогномоническими симптомами являются петехиальная сыпь на небе и верхней половине боковых поверхностей грудной клетки, стойкая лихорадка до 40°C.

Отмечено, что клинические проявления жировой эмболии возникают раньше и протекают тяжелее у пострадавших, которым не произведена фиксация переломов костей нижних конечностей оперативными методами или после транспортировки пострадавших из районных больниц (даже после стабилизационного остеосинтеза костей). При появлении первых клинических признаков жировой эмболии 5 больным, доставленным из районных больниц без оперативной стабилизации переломов, был выполнен закрытый стабилизационный остеосинтез костей стержневыми аппаратами.

Своевременная диагностика и лечение жировой эмболии позволяют в большинстве случаев достичь положительного результата. При подозрении на жировую эмболию необходимо перевод больного в палату интенсивной терапии, проведения следующего комплекса мероприятий:

1. Мониторинг витальных функций – артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений, уровень сатурации крови, центральное венозное давление, диурез, термометрия.

2. Осмотр нейрохирурга для диагностики или исключения неврологических расстройств в результате черепно-мозговой травмы, осмотр окулиста для оценки глазного дна.

3. Рентгенография легких.

4. Оценка качества стабилизации переломов, при необходимости – ресинтез.

Основными принципами лечения жировой эмболии является, в первую очередь, оперативная стабилизация переломов костей нижних

конечностей малотравматичными методами (остеосинтез аппаратами внешней фиксации), устранение гипоксии (оксигенотерапия, ИВЛ), коррекция гиповолемии, адекватное обезболивание, возобновление эмульсионной стабильности жира, коррекция агрегатного состояния крови, антибиотикотерапия, симптоматическая терапия.

Результаты лечения всех пострадавших расценены как позитивные, летальных случаев не было.

Таким образом, наилучшим методом профилактики жировой эмболии является адекватное лечение повреждений с момента получения травмы на всех этапах оказания медицинской помощи.

### **Выводы.**

1. Основной причиной развития жировой эмболии является неадекватное лечение пострадавших с политравмой на этапах оказания медицинской помощи.

2. Проведение профилактики жировой эмболии обязательно у всех пострадавших с механической травмой костей таза и нижних конечностей.

3. Пострадавшие с тяжелой механической травмой должны доставляться в ближайшее лечебное учреждение для избежания длительной транспортировки.

4. Эвакуация пострадавших с переломами костей таза и нижних конечностей к специализированным центрам травмы должна осуществляться после первичной стабилизации костей аппаратами внешней фиксации.

5. При появлении клинических признаков жировой эмболии необходимо проведение мониторинга витальных функций, обзор смежных специалистов, лечения в условиях палаты интенсивной терапии.

6. Актуальним является внедрение минимально травматических методов стабилизации переломов, которые возможно использовать в остром периоде у больных с тяжелой сочетанной травмой.

### **Список литературы:**

1. Гиршин С.Г. Клинические лекции по неотложной травматологии / Гиршин С.Г. – М.: ОАО «Московские учебники и Картолитография», 2004. – 543 с.
2. Гридасова Е.И. Синдром жировой эмболии. Эволюция взглядов / Гридасова Е.И., Калинин О.Г. // Сучасні теоретичні та практичні аспекти травматології та ортопедії (тези доповідей). – Донецьк, 2011. – С. 18 – 20.
3. Діагностика та лікування синдрому жирової емболії у хворих з механічною травмою нижніх кінцівок і таза (методичні рекомендації) / [Климовицький В.Г., Калинин О.Г., Курапов Є.П. та ін.]. – Київ, 2008. – 24 с.
4. Жировая эмболия / В.К. Ожегов, Н.А. Духовник, Г.В. Юневич [и др.] // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 5. – С. 96 – 98.