



Primary care respiratory disease through the world. Primary Care Respiratory Journal (2008); 17(1): 5-6.

8. T Haantela, L E Tuomisto, F Pietinalho, N Klaukka, M Erhola et al. A 10 year asthma programme in Finland: major change for the better. Thorax 2006; 61:663-670.

9. Ellen I Schafheutle. The impact of prescription charges on asthma patients is uneven and unpredictable: evidence from qualitative interviews. Primary Care Respiratory Journal (2009); 18(4): 266-272

10. Bjorn Stallberg, Karin Lisspers, Mikael Hasselgren, Christer Janson, Gunnar Johansson, Kurt Svardsudd. Asthma control in primary care in Sweden: a comparison between 2001 and 2005. Primary Care Respiratory Journal (2009); 18(4): 279-286

11. David Beran, John S Yudkin and Maximilian de Courten. Assessing health systems for I diabetes in sub-Saharan Africa: developing a "Rapid Assessment Protocol for Insulin Access". BioMedCentral Health Services Research 2006, 6:17.

12. David Beran, John S Yudkin and Maximilian Courten. Access to Care for Patients With Insulin- Requiring Diabetes in Developing Countries. Diabetes Care J, Volum 28, Number 9, September 2005.

13. Karin Lisspersa, Bj?rn St?llberga, Mikael Hasselgren, Gunnar Johansson, Kurt Sv?rdsudd. Primary health care centres with asthma clinics: effects on patients? knowledge and asthma control. Primary Care Respiratory Journal (2010); 19(1): 37-44

14. Robin Greena, Gloria Davisb, David Price. Perceptions, impact and management of asthma in South Africa: a patient questionnaire study". Primary Care Respiratory Journal (2008); 17(4): 212-216

15. Мищенко О.В., Павлов О.В., Кушаев В.И. Новые подходы к оценке фармакотерапии больных бронхиальной астмой в Самарской области. Пульмонология 2005; 5:108-113.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕННОГО ЗАКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА

(случай из практики).

Мукашев М.Ш. Мукашев Т.М.

Кафедра судебной медицины и права КГМА им. И. К. Ахунбаева. Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы.

Переломы костей носа возникают при ударном прямом или ударно-скользящем боковом травматическом воздействии тухих твердых предметов.

По данным Б.С.Свадковского (1974) из 113 проведенных экспертиз, в 75,2% случаев имел место перелом костей носа без смещения отломков и деформации, в 24,0% случаев-со смещением отломков и деформацией, а 0,8% случаев пришелся на перелом носовой перегородки в хрящевом отделе.

По мнению же Козлова В.В. (1976) переломы костей носа относятся к "редким видам", т.к. из 1297 потерпевших с переломами различных костей тела только в 14 случаях встретил переломы костей носа.

По нашему мнению, переломы костей носа встречаются гораздо чаще, однако за медицинской помощью обращаются не все и случаи переломов костей носа остаются завуалирован-

ными.

Вопросы эпидемиологии травмы носа в настоящее время требуют глубокого изучения и существующие данные о распространенности травм носа являются разнородными, неполными и касаются прежде всего данной этиологии в общей структуре ЛОР-заболеваний и травматических повреждений(Ю.Ю. Русецкий, И.О.Чернышенко, В.И. Богатишев и др.,2007).

В дежурные ЛОР-стационары как правило, поступают больные, нуждающиеся в хирургическом лечении и наблюдении и по данным стационаров г. Тольятти переломы костей носа в расчете на 100 000 населения соответственно была 36,9 в 2003 году, 34,9 в 2004 году и 26,1 в 2005 г. (Ю.Ю. Русецкий, И.О.Чернышенко, В.И. Богатишев и др.,2007).

По данным ЛОР-клиники ГКБ-1 им. Н.И. Пирогова, прослеживается ежегодное увели-



ние травматических повреждений лицевого скелета и носа в среднем на 2%. При этом 54,5% больных требуют экстренной госпитализации (Е.В. Суриков, И.В. Иванец, 2009)

Статус "неотложного состояния" в ЛОР-практике может быть и при переломах костей носа, которые не угрожая немедленно и непосредственно жизни больного, при непринятии неотложных мер могут привести к осложнению еще более тяжелым заболеванием. (В.Т. Пальчун, 2008).

По механизму при прямом травматическом воздействии на кости носа спереди назад разъединяются швы между носовыми костями, а также с лобными отростками верхней челюсти. При действии значительной силы повреждаются придаточные пазухи, стенки орбиты и кости основания черепа.

При травме носа могут возникать кровотечения вплоть до профузных и в редких случаях являющихся даже причиной смерти пострадавших от острого малокровия. Повреждение слизистой оболочки носа может являться причиной подкожной эмфиземы. При сужении носовых ходов в результате смещения и западения отломков костей или носовой перегородки нарушается носовое дыхание, иногда до значительной степени.

Носовое кровотечение занимает первое место по частоте среди спонтанных кровотечений и является наиболее распространенным показателем для экстренной госпитализации в ЛОР-отделение и нередко носовые кровотечения представляют реальную угрозу для жизни больного (А.Г. Волков, Н.В. Бойко, В.В. Быкова, В.Г. Жданов, 2010)

Установление степени вреда здоровью при переломах костей носа обычно не представляет особых затруднений и чаще степень вреда определяется как легкие с кратковременным расстройством здоровья по признаку кратковременного расстройства здоровья более 7 дней и не менее 21 дня (при закрытых переломах без смещения костей), реже как менее тяжкие по признаку длительности расстройства здоровья более 21 дня (при закрытых и открытых переломах костей со смещением и нарушением носового дыхания). В то же время в ряде случаев переломы костей носа могут сопровождаться профузным кровотечением (Козлов В.В., 1976-

), обусловленных повреждением множественных мелких сосудов слизистой носа.

Основой судебно-медицинской экспертизы является установление причинно-следственных связей воздействия травмирующего фактора и возможного развития повреждения или заболевания, обусловленного данным воздействием (В.М. Ушарова, 2008).

Переломы костей носа иногда сопровождаются трещинами внутренней стенки орбиты, наружных стенок лобной пазухи и стенок решетчатой кости, которые относятся к лицевому скелету и по степени вреда не могут быть отнесены к тяжким (Авдеев М.И. 1968). Однако переломы костей носа могут сопровождаться (при прямом сильном ударном травматическом воздействии на верхнюю часть переносицы) гемосинусом верхнечелюстных пазух, клеток решетчатого лабиринта со значительным, длительным кровотечением и развитием ДВС-синдрома, представляющим определенный клинический и судебно-медицинский интерес как редкий случай в медицинской практике.

В качестве примера приводим случай из судебно-медицинской практики.

Гр.Ж. 1986г.р. получил травму лица 10.07.2010года примерно в 01ч.00мин. 11.07.2010года в 06ч.10мин. поступил в отделение нейротравмы и ЛОР-отделение НГМЗ КР(история болезни № 19705/204/1320). Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение, тошноту, носовое кровотечение. В момент травмы терял сознание. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован в месте и во времени. Положение активное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 110/70 мм.рт.ст. Локально: болезненность в области переносицы и вокруг обоих глаз, кровотечение из носовых ходов. 12.07.10 года - ЛОР- у больного сильное носовое кровотечение с затеканием в глотку. Анамнез: "кровотечение из носа было вчера и снова возобновилось сегодня". Локально: при риноскопии из обеих половин носа идет кровь, источник кровотечения не виден. Проведена мазевомарлевая тампонада с двух сторон. Кровоте-



чек прекратилось. Тампоны на 48 часов. ДЗ: обильное носовое кровотечение. 13.07.10г. на компьютерной томографии - перелом спинки носа, гемосинус в верхне-челюстных пазухах, клеток решетчатого лабиринта. 13.07.10г. - дежурный терапевт: на момент осмотра состояние больного стабильное, кровотечения нет. Сознание ясное. Кожа бледной окраски, суховата на ощупь. АД 120/70 мм.рт.ст. ДЗ: Посттравматическая анемия. В связи с продолжающимся кровотечением 13.07.10г. операция - перевязка наружных сонных артерии с двух сторон. По тяжести состояния больной после операции переведен в отделение реанимации. 15.07.10г. у больного вновь возобновилось обильное носовое кровотечение из обеих половин носа с затеканием в глотку. В перевязочной больному установлен задний тампон, пропущенный по катетеру через правую половину носа. Передняя тампонада носа с двух сторон. Кровотечение прекратилось. Кровопотеря составила примерно 50,0мл. С целью гемостаза и восполнения кровопотери введены свежезамороженная плазма и эритроцитарная масса по 250,0мл. 16.07.10г. общий анализ крови: Эр. - $2,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 78 г/л, СОЭ 50 мм/ч. ДЗ: Закрытый перелом костей носа. Носовое кровотечение. ДВС- синдром. ОПН? 16/07/10г. больной переведен в ЛОР-отделение. Состояние тяжелое, сознание по шкале Глазго 10-11 баллов. АД 120/70 мм.рт.ст. 16.07.10г. (по дежурству). Состояние тяжелое, сознание оглушенное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 120/70 мм.рт.ст. PS- 76 в минуту. Тампоны в носу состоятельные, кровотечения нет. Больному введена свежезамороженная плазма - 500,0мл. и эритромаасса - 250,0мл. Диурез примерно 300,0мл., моча - обычного цвета. 17.07.10г. отмечено затекание крови по задней стенке глотки. Локально: по задней стенке глотки обильно стекает кровь. Решено произвести перетампонаду носа со сменой заднего и переднего тампона. Старые тампоны удалены. С помощью проводника установлен задний тампон. Справа в верхние отделы установлены полоски гемостатической губки, завернутые в марлевую салфетку, передняя тампонада носа. Кровотечение остановлено. 20.07.10г. консилиум - у больного на фоне час-

тых рецидивирующих кровотечений развился ДВС- синдром. Рекомендовано: при стабилизации состояния больного и повторном кровотечении показана селективная эмболизация отходящих ветвей сонных артерий с обеих сторон. У больного вновь возобновилось кровотечение из носа с затеканием в глотку. Перетампонада носа, кровотечение остановилось. Отделение ангиографии (для эмболизации) института кардиологии закрыто до сентября. Необходимо операционное вмешательство нейрохирургов из-за повторных кровотечений из носа и неэффективных передних и задних тампонов. 23.07.10г. операция - КПТЧ в лобной области справа с клипированием интракраниального отдела внутренней сонной артерии справа и перевязка правой общей сонной артерии передним доступом. В послеоперационном периоде состояние больного тяжелое. Тампоны удалены. Кровотечения нет. 25.07.10г. состояние тяжелое. При риноскопии в полости носа незначительное количество геморрагических корок. Признаков кровотечения нет. 30.07.10г. состояние относительно удовлетворительное. Жалоб особых нет. 06.08.10г. общее состояние улучшилось. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. При риноскопии слизистая носа розовая, носовые ходы широкие, без патологического отделяемого. Выписан домой. Проведено 26 койко-дней.

Заключительный диагноз: Закрытый перелом костей носа со смещением. Посттравматическое рецидивирующее носовое кровотечение. Постгеморрагическая анемия. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга.

При судебно- медицинской оценке степени вреда здоровью принималось во внимание многократное носовое кровотечение, осложнения в виде ДВС- синдрома и постгеморрагической анемии и реальная опасность для жизни больного, возникшие в результате закрытого перелома костей носа с гемосинусом клеток решетчатого лабиринта и верхне-челюстных пазух, которые и были источником кровотечения. Кровотечение остановлено лишь после клипирования интракраниальных ветвей внутренней сонной артерии.

Гемосинус клеток решетчатого лабиринта и верхне-челюстных пазух является редким видом осложнений черепно-лицевых травм(пе-



переломов костей носа) и в судебной медицинской практике при определении степени вреда здоровью необходимо учитывать характер последствий такого рода травм.

Литература:

1. Волков А.Г., Бойко Н.В., Быкова В.В., Жданов В.Г. Совершенствование способов остановки носового кровотечения. Вестник оториноларингологии, 4.2010.-с.9-12.
2. Козлов В.В. Судебно- медицинское определение тяжести повреждений. Изд-во Саратовского университета, 1976.-253с.
3. Пальчун В.Т. Клинические нормы неотложного состояния в оториноларингологии. Вестник

оториноларингологии 5.2008.-с.4-6.

4. Русецкий Ю.Ю., Чернышенко И.О, Богатишев В.И., Буянов А.П, Сапаргалиева К.З. Эпидемиологические аспекты переломов костей носа в условиях современного промышленного города. Вестник оториноларингологии, 3.2007-с.27-29.
5. Свадковский Б.С. Учебное пособие по судебной- медицинской стоматологии. Медицина. М.,1974.-174с.
6. Суриков Е.В., Иванец И.В. Клинико-анатомическая характеристика травм носа. Вестник оториноларингологии, 5.2009.-с.30-32.
7. Умарова В.М. Юридические аспекты оформления документации для проведения судебно- медицинской экспертизы при травме ЛОР- органов. Вестник оториноларингологии,3.2008.-с.59-60.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

В.М. Мадьяров

Казахстанский медицинский университет, г. Алматы

Резюме. Выявлены особенности возрастно-половой структуры больных по видам кишечной непроходимости, характеру сопутствующих заболеваний, сроков их поступления до оперативного вмешательства, а так же виды оперативных вмешательств с острой кишечной непроходимостью определяют специфические особенности наличия данной патологии среди населения.

Resume. Thus, the peculiarities of the age-sex structure of the distribution of patients by type of intestinal obstruction, the nature of concomitant diseases, the duration of their admission to surgery and the types of surgical interventions with acute intestinal obstruction determine the specifics of the presence of this disease among the population.

Проведен анализ 2650 больных с острой непроходимостью кишечника, находящихся на лечении в хирургических отделениях клиники НУО "Казахстанский медицинский университет", АО "Санаторий Казахстан" (госпиталь МВД), БСМП (больница скорой медицинской помощи), ЦГКБ (центральная городская клиническая больница), хирургическое отделение клиники Новгородского государственного университета с 1976 по 2007 годы.

Все больные с острой непроходимостью кишечника распределены по полу, возрасту, характеру сопутствующих заболеваний, по срокам от начала заболевания до оперативного вмеша-

тельства и характеру оперативных вмешательств. Распределение больных по локализации и возрасту представлена в таблице 1. Из приведённых в таблице 1 данных видно, что из 2650 больных с ОНК у 1797 пациентов (67.8%) возраст не превышает 60 лет. Причём преобладают пациенты с острой спаечной кишечной непроходимостью - 1855(70%) больных. Далее больные с динамической кишечной непроходимостью - 339 (12.8%) и больные с обтурационной кишечной непроходимостью - 275 (10.4%), из которых у 161 (58.7%) обтурация обусловлена злокачественными новообразованиями.