

## **ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ.**

**Кадамбой Машарипов**  
**Ургенчский филиал Ташкетский**  
**медицинский академии.**  
[masharipovkadam02@gmail.com](mailto:masharipovkadam02@gmail.com)

**Аннотация:** Синдром жировой эмболии (СЖЭ) является серьезным осложнением, которое может возникнуть у пациентов с множественными и сочетанными повреждениями, такими как переломы костей и травмы внутренних органов. Этот синдром характеризуется выпуском жировых эмболов в кровь вследствие травмы или хирургических вмешательств, что может привести к различным системным осложнениям, включая дыхательные расстройства, цереброваскулярные инциденты и другие осложнения.

**Ключевые слова:** синдром жировой эмболии, множественные повреждения, комбинированные травмы, профилактика, жировая эмболия, осложнения, фильтры венозной системы, антикоагулянты, ранняя мобилизация, хирургические вмешательства

Современное состояние проблемы синдрома жировой эмболии (СЖЭ) при поли-травме характеризуется нерешенностью вопросов и недостаточным отражением в литературе данных о специфике прогнозирования, ранней объективной диагностики, несовершенством и недостаточной представленностью схем рациональной патогенетической обоснованной профилактики травматической ЖЭ. В нашей клинике Хорезмский филиала РНЦЭМП отделении сочетанной травмы разработан, апробирован и применяется «Способ профилактики

СЖЭ у пострадавших с политравмой при переломах длинных трубчатых костей»

**Цель и задачи исследование.** Цель способы состоит в повышении эффективности профилактики синдрома жировой эмболии при политравме с переломами длинных трубчатых костей. Поставленная цель достигается путем проведения пункции гематомы в зоне перелома, иммобилизационного остеосинтеза, медикаментозной коррекции нарушений гомеостаза, способствующих развитию СЖЭ.

Сущность предлагаемого способа заключается в следующем: производят пункцию гематомы в зоне перелома для снятия напряжения в костно-фасциальном футляре, затем производят иммобилизацию длинных трубчатых костей с применением внеочагового остеосинтеза посредством стержневого аппарата или аппарата Илизарова по принципу малоинвазивного иммобилизационного остеосинтеза, как 1-го этапа последовательного остеосинтеза.

Для профилактики риска развития у пациента синдрома жировой эмболии проводят лечение по следующей схеме: вводят внутривенно 200 мг раствора мексидола на 200 мл изотонического раствора два раза в сутки, в течение 3-х дней, а последующие 2 суток – по 200 мг 2 раза в день внутримышечно. Кроме того, пациент получает эссенциале 40 мл в сутки внутривенно, гепарин (при отсутствии противопоказаний) по 5000 ед. 4 раза в сутки подкожно под контролем свертываемости крови в течение 5 суток. Данные препараты в таком сочетании ранее не использовались, именно предлагаемая в качестве изобретения схема профилактики СЖЭ дает положительный результат. Применение раствора мексидола для поставленной в изобретении цели является новым. Способ позволяет предотвратить развитие СЖЭ за счет окисления образующих жировую глобулу липидных компонентов и образования их водорастворимых форм, что приводит к деструкции самой капли жира.

Повышение давления в зоне перелома и внутри костно-мозгового канала является индуцирующим фактором СЖЭ. Поэтому пункция с аспирацией в зоне перелома способствует снятию напряжения в зоне перелома и соответственно в костно-мозговом канале, тем самым снижается возможность попадания жировых эмболов в сосудистое русло, за счет разности давления.

Применение способа профилактики по указанной выше схеме у 32 пациентов, с множественными и сочетанными повреждениями опорно-двигательного аппарата, способствовало профилактике развития ЖЭ, лишь у 3 пациентов отмечали проявление ЖЭ в виде кратковременного появления петехиальных высыпаний. Таким образом, становится очевидным, что особую сложность представляет собой ранняя диагностика ЖЭ, в связи с отсутствием четкой клинической картины и патогномичных симптомов, а лабораторная диагностика малоспецифична. Жировая эмболия встречается гораздо чаще, чем диагностируется, и может возникнуть при любом критическом состоянии.

**Выводы.** Предложенный способ позволяет предотвратить развитие СЖЭ за счет снижения внутрикостного давления в зоне перелома, инактивации перекисного окисления липидов, снижения дефицита высоконасыщенных фосфолипидов, которые являются естественными эмульгаторами жиров, и подавления агрегации тромбоцитов.

### **Литература**

1. Грабовой А.Ф., Руденко А.Т. Жировая эмболия при тяжелой травме // Воен.-мед. журн. - 1989. - № 5. – С. 27-29.
2. Сергеев С.В., Загородний Н.В., Абдулхабирова М.А., Гришанин О.Б., Карпович Н.И., Папоян В.С. Современные методы остеосинтеза костей при острой травме опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие. – М.: РУДН, 2008.
3. Тришин Л.С., Неборский Н.В., Володько Ф.Ф., Петров В.М., Штолле В.Л. Опыт лечения больных с травматической жировой эмболией//Журнал

«Медицинские новости». №2, 2004 // URL: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=1627> (дата обращения: 24.11.2015).

4. Хаджибаев А.М. Современные аспекты клиники, диагностики и лечения синдрома жировой эмболии у больных со скелетной травмой: научное издание / А.М. Хаджибаев, Э.Ю. Валиев, Ф.Х. Мирджалилов // Вестник экстренной медицины. - 2014. - N 3. - С. 69-76.

5.. Штейнле, А.В. Синдром жировой эмболии (аналитический обзор); Томский военно-медицинский институт (Томск) // Сибирский медицинский журнал: научно-практический рецензируемый журнал. - 2009. - Том 24, N 2(вып.1). - С. 117-126.

6. Яковлев В.Н., Марченков Ю.В., Панова Н.С., Алексеев В.Г., Мороз В.В. Жировая эмболия //Общая реаниматология. 2013. Т. IX, № 4. 10. Залмовер А. И., Соколов Ю.А., Денещук В.Ю. // Военная медицина: научно-практический рецензируемый журнал. - 2012. - N 1. - С. 64-67