СПб НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. И.И.ДЖАНЕЛИДЗЕ
1932

МАНХ

ЖУРНАЛ

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ

имени И.И. Джанелидзе

РЕЗЮМЕ

№4
2025

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ МЕТОДЕ ДЕТОКСИКАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОТРАВЛЕНИЕМ МЕТАНОЛОМ
А.М. АНТОНОВА, Р.А. НАРЗИКУЛОВ, А.Н. ЛОДЯГИН, Б.В. БАТОЦЫРЕНОВ, В.П. НАУМОВ 8

2. ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОНУТРИЦЕВТИКА, СОДЕРЖАЩЕГО НЕДЕНАТУРИРОВАННЫЙ КОЛЛАГЕН II ТИПА, НА СОСТОЯНИЕ ХРЯЩА ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ЛОДЫЖЕК
И.Г. БЕЛЕНЬКИЙ, В.Е. САВЕЛЛО, Т.А. ШУМАКОВА, Д.Ю. РЕФИЦКАЯ, М.И. БОБРИН, Г.Д. СЕРГЕЕВ, Б.А. МАЙОРОВ, И.К. НИКОЛАЕВ 14

3. КОНСЕРВАТИВНОЕ И МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ЖИВОТА
Я.В. ГАВРИЩУК, В.А. МАНУКОВСКИЙ, А.Н. ТУЛУПОВ, А.Е. ДЕМКО, Е.А. КОЛЧАНОВ, М.А. КИСЕЛЕВ, А.С. КАЗАНКИН, И.В. КАЖАНОВ, А.А. СИВАКОВ, И.Н. ЕСЮТИН, Р.В. ТИТОВ, Л.В. НОРКИНА 27

4. РОЛЬ NPWT-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМИ АМПУТАЦИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ МИННО-ВЗРЫВНОГО РАНЕНИЯ
М.Ю. КАБАНОВ, Н.И. ГЛУШКОВ, Т.Л. ГОРШЕНИН, М.А. БИНИЕНКО, В.О. МИРОШНИЧЕНКО, О.С. КРАВЦОВА, А.Н. ЗЕМЛИН, А.Р. ОМАРОВ 41

5. ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КТ-НАВИГАЦИИ ПРИ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКЕ ПОЗВОНКОВ
М.В. КУБАСОВ, М.Н. КРАВЦОВ, И.С. ЖЕЛЕЗНЯК, А.И. ШИХБАЛАЕВ, В.Е. ПАРФЁНОВ, В.А. МАНУКОВСКИЙ 49

6. ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПУЛЕВЫЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ РАНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПОПЫТКОЙ СУИЦИДА
С.А. ЛАНДИК, Р.И. ИСАЕВ, Д.В. СВИСТОВ, А.А, КНЯЗЕВ, Н.В. СТОЛЯРОВА 58

7. ВЛИЯНИЕ ЭТАНОЛА НА БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ, РАЗМЕР И КОЛИЧЕСТВО ЖИРОВЫХ ГЛОБУЛ В КРОВИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИЕЙ
В.Н. ЛАПШИН, Н.К. РАЗУМОВА, А.В. ШВЕДКОВ, Н.В. СЕЛЕЗНЁВА, М.В. НАНИЕВА 70

8. ОРИГИНАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕОБХОДИМОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОСТЕОТОМИЙ ПРИ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ ПО ПОВОДУ HALLUX VALGUS
А.А. ПОВАЛИЙ, И.Г. БЕЛЕНЬКИЙ, А.А. АКУЛАЕВ, К.А. ТИЩЕНКОВ, А.А. ИВАНОВ 77

ОБЗОРЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

9. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕОБШИРНОГО ГЛУБОКОГО ОЖОГА КОЖИ
Д.В. КОСТЯКОВ, А.В. КОСТЯКОВА, Е.В. ЗИНОВЬЕВ 89

10. ВОЗМОЖНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МАГНИТНО РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПОКОЯ ПРИ НЕВРОПАТИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
И.В. ЛИТВИНЕНКО, И.С. ЖЕЛЕЗНЯК, Н.В. ЦЫГАН, А.Р. БУЛАТОВ, С.В. КОЛОМЕНЦЕВ, М. Г. ЧЕРНЕНОК, М.Д. ЧЕРНЫШЕВ, И.С. ХОДКЕВИЧ, А.Я. ЛАТЫШЕВА, Е.Н. АДАЕВА, Д.А. ТАРУМОВ, И.В. ЛЕПЕХИН 95

11. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ БОЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ НА ЭТАПЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ
И.А. МЕНЬКОВ, И.С. ЖЕЛЕЗНЯК, Д.В. СВИСТОВ, Б.В. МАРТЫНОВ, А.И. ГАЙВОРОНСКИЙ, А.С. ГРИЩЕНКОВ, Д.С. КАЛЮЖНЫЙ, А.Я. ЛАТЫШЕВА, С.А. ЛАНДИК 102

12. НЕПРЕДНАМЕРЕННО ОСТАВЛЕННОЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННО ИНОРОДНОЕ ТЕЛО (ТАМПОН) С КАЗУИСТИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ПЕЧЕНИ
С.А. ПОВЗУН 112

13. РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ПАЦИЕНТА
С.Ш. ТАНИЯ, Г.А. ПИЧУГИНА, Д.И. ТОЛМАЧЁВА, А.М. ТОЛКАЧЁВА, А.К. УМАРОВ 116

14. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕННОГО ФОРМИРОВАНИЕМ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОМ ПОРАЖЕНИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
А.Г. ФРУМЕН, Г.Е. ТРУФАНОВ 122

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ И СОЦИОЛОГИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

15. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Г.А. РЫСЕВ, И.М. БАРСУКОВА, Т.В. РАЗУМОВА, А.В. РЫСЕВ 131

16. СТАТИСТИКА УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: 20 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ
В.Е. ПАРФЕНОВ, И.М. БАРСУКОВА, П.А. ДУБИКАЙТИС, А.О. БУМАЙ 136

КАЛЕНДАРЬ НА 2026 ГОД 144

ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ СТАТЕЙ 145

УДК 615.099.07 : 616-037
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_08

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ МЕТОДЕ ДЕТОКСИКАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОТРАВЛЕНИЕМ МЕТАНОЛОМ

© А.М. АНТОНОВА[1,2], Р.А. НАРЗИКУЛОВ[1,3], А.Н. ЛОДЯГИН[1,3], Б.В. БАТОЦЫРЕНОВ[1,3], В.П. НАУМОВ[1]

[1] ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБУ «Научно-клинический центр токсикологии имени академика С.Н. Голикова Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург, Россия

[3] ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ. Острые отравления метанолом приводят к метаболическому ацидозу и неврологическими отклонениями, варьирующим от опьянения до смерти. Показатели смертности и заболеваемости остаются очень высокими, несмотря на интенсивную терапию. Это связано с поражением ЦНС, особенно геморрагическими осложнениями головного мозга. Общепринятым методом лечения тяжелого отравления метанолом является специфическая терапия в сочетании с гемодиализом.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценить влияние антикоагулянтов на возможность развития геморрагических осложнений головного мозга при использовании экстракорпоральных методов детоксикации у пациентов с острым отравлением метанола.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование были включены истории болезней пациентов, госпитализированных в Центр острых отравлений ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» с диагнозом «острое отравление метанолом» в период с 2017 по 2024 гг. Общее число пациентов составило 87, из них с летальным исходом — 48, выписаны — 39. Наличие геморрагических осложнений оценивали при СКТ головного мозга. Гемодиализ проводился в комплексе с интенсивной и антидотной терапией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. СКТ головного мозга выполнена 58 пациентам, в 66,7% случаев отравления метанолом после поступления в стационар. По данным СКТ у 9 больных (15,5%) изменения головного мозга имели геморрагический компонент. В комплексной интенсивной терапии гемодиализ проводился в 63,2% случаев, что позволило достаточно быстро снизить уровень метанола в крови, остановить его метаболизм («летальный синтез») с образованием токсичных компонентов и восстановить pH крови (скорректировать метаболический ацидоз).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение экстракорпоральных методов детоксикации способствует снижению концентрации метанола в крови и ограничению образования токсических метаболитов, а также коррекции метаболического ацидоза, что обеспечивает положительную клиническую динамику.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: отравление метанолом, гемодиализ, антикоагулянт, компьютерная томография, внутримозговая гематома, геморрагические осложнения.

КАК ЦИТИРОВАТЬ. Антонова А.М., Нарзикулов Р.А., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В., Наумов В.П. Геморрагические осложнения головного мозга при экстракорпоральном методе детоксикации у пациентов с отравлением метанолом // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. № 4. С. 8–13

TO CITE THIS ARTICLE. Antonova A.M., Narzikulov R.A., Lodyagin A.N., Batotsyrenov B.V., Naumov V.P. Hemorrhagic complications of the brain during extracorporeal detoxification in patients with methanol poisoning. *The Journal of Emergency Surgery named after I.I. Dzhanelidze*. 2025;(4):8–13.

УДК 615.036.8
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_14

ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОНУТРИЦЕВТИКА, СОДЕРЖАЩЕГО НЕДЕНАТУРИРОВАННЫЙ КОЛЛАГЕН II ТИПА, НА СОСТОЯНИЕ ХРЯЩА ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ЛОДЫЖЕК

© И.Г. БЕЛЕНЬКИЙ[1,2], В.Е. САВЕЛЛО[1,3], Т.А. ШУМАКОВА[1], Д.Ю. РЕФИЦКАЯ[2], М.И. БОБРИН[1], Г.Д. СЕРГЕЕВ[1], Б.А. МАЙОРОВ[1,2,3], И.К. НИКОЛАЕВ[1]
[1] ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия
[3] ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

Нередко внутрисуставные переломы осложняются развитием посттравматического остеоартрита вследствие повреждения суставного хряща, обладающего ограниченным регенеративным потенциалом. Одним из перспективных направлений фармакологической профилактики посттравматического остеоартрита является применение неденатурированного коллагена II типа, однако его эффективность при травматических повреждениях ранее не изучалась.

ЦЕЛЬ: показать возможность применения фармаконутрицевтика, содержащего комбинацию неденатурированного коллагена II типа, метилсульфонилметана, босвеллиевых кислот, витаминов С и D_3, для профилактики посттравматического остеоартрита у пациентов с внутрисуставными переломами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: оценены результаты оперативного лечения пострадавшей с закрытым переломом обеих лодыжек 44 B2 по классификации AO после операции открытой репозиции и остеосинтеза обеих лодыжек. Больная принимала фармаконутрицевтик АРТНЕО, содержащий комбинацию неденатурированного коллагена II типа, метилсульфонилметана, босвеллиевых кислот, витаминов С и D_3, по 1 капсуле 1 раз в день в течение 4 месяцев.

Через 7 дней и через 1 год после операции пациентке выполнена МРТ голеностопного сустава с оценкой выраженности синовита и состояния суставного хряща. Уровень болевого синдрома оценивали по шкале ВАШ на сроках 7 дней, 2, 4, 6, 12 месяцев после травмы. Функциональный результат по шкале AOFAS оценивали на сроках 2, 4, 6, 12 месяцев после травмы.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Уровень болевого синдрома по шкале ВАШ составил: через 7 дней после операции 4 балла, через 2 месяца — 2 балла, на сроках 4, 6 и 12 месяцев после травмы — 0 баллов.

Функциональные результаты по шкале AOFAS на этапах наблюдения составили: через 2 месяца после травмы 37 баллов, через 4 месяца — 88 баллов, через 6 и 12 месяцев — 98 баллов.

По результатам МРТ отмечена положительная динамика с уменьшением синовита и отека сухожильно-связочного аппарата голеностопного сустава, а также уменьшение времени релаксации T2 на T2 MAP, что свидетельствует о частичном восстановлении процессов гидратации матрикса хряща.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: посттравматический остеоартрит, внутрисуставной перелом, голеностопный сустав, неденатурированный коллаген II типа, фармаконутрицевтик, T2-картирование хряща, регенерация хряща, остеосинтез.

КАК ЦИТИРОВАТЬ. Беленький И.Г., Савелло В.Е., Шумакова Т.А., Рефицкая Д.Ю., Бобрин М.И., Сергеев Г.Д., Майоров Б.А., Николаев И.К. Влияние фармаконутрицевтика, содержащего неденатурированный коллаген II типа, на состояние хряща после перелома лодыжек // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. № 4. С. 14–26.

TO CITE THIS ARTICLE. Belenkiy I.G., Savello V.E., Shumakova T.A., Refitskaya D.Yu., Bobrin M.I., Sergeev G.D., Mayorov B.A., Nikolaev I.K. The effect of a pharmaconutrient containing undenatured type II collagen on cartilage condition after ankle fractures. *The Journal of Emergency Surgery named after I.I. Dzhanelidze*. 2025;(4):14–26.

УДК 616-08-039.73
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_27

КОНСЕРВАТИВНОЕ И МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ЖИВОТА

© Я.В. ГАВРИЩУК [1,3], В.А. МАНУКОВСКИЙ [1,2], А.Н. ТУЛУПОВ [1,4], А.Е. ДЕМКО [1,4], Е.А. КОЛЧАНОВ [1,2,3,] М.А. КИСЕЛЕВ [1], А.С. КАЗАНКИН [1], И.В. КАЖАНОВ [1,4], А.А. СИВАКОВ [1], И.Н. ЕСЮТИН [1], Р.В. ТИТОВ [4], Л.В. НОРКИНА [1,3]

[1] ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

[3] ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

[4] ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: повышение эффективности лечения пациентов с закрытой травмой паренхиматозных органов брюшной полости путем использования консервативных и малоинвазивных методов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов лечения 443 пострадавших с закрытыми повреждениями паренхиматозных органов живота. I группа (основная) — 264 пациента, лечение — по разработанному алгоритму. II группа (сравнения) — 179 пострадавших, лечение — традиционное хирургическое. Пациенты обеих групп распределены на подгруппы: I А (n ± 182) и II А (n ± 104) — пациенты со стабильной гемодинамикой, I Б (n ± 82) и II Б (n ± 75) — с нестабильной.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В обеих группах большинство пострадавших с закрытыми повреждением паренхиматозных органов поступило в травмоцентр после дорожно-транспортных происшествий и кататравм. Статистически значимых различий по объему гемоперитонеума среди пострадавших подгрупп I А и II А не выявлено (p ± 0,193). В подгруппе I А объем гемоперитонеума составил 400 мл (ИКР: 300; 700 мл), в II А — 500 мл (ИКР: 300; 1000 мл).

В подгруппе I А применялось преимущественно консервативное лечение (52,2 %). Отмечено снижение количества видеолапароскопий (на 23,0 %) и лапаротомий (на 41,0 %) в сравнении с подгруппой II А. Ангиографию выполнили 43 пострадавшим, эмболизацию сосудов — 31. Путем использования нового алгоритма удалось сохранить селезенку в 68,8 % наблюдений. Двухэтапных разрывов, а также рецидивов кровотечения после эмболизации среди данных пациентов не было.

В подгруппе II А отмечалось большее количество местных осложнений в сравнении с I А ($p < 0,001$).

Статистически значимых различий в частоте висцеральных и генерализованных осложнений, а также летальности между исследуемыми группами выявлено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Согласно полученным данным, у 58,3 % пациентов (154 из 264) с закрытыми повреждениями паренхиматозных органов брюшной полости лечение было успешно завершено консервативно или с применением минимально инвазивных хирургических методик. При соблюдении предложенного алгоритма отсутствие санационных лапаротомий возможно даже при значительном объеме гемоперитонеума.

Применение неоперативной и малоинвазивной тактики сопровождалось органосохраняющим исходом при повреждении селезенки в 68,8 % случаев (66/96), а также снижением частоты диагностических лапароскопий на 23,0 % (42/182 против 48/104) и лапаротомий — на 41,0 % (46/182 против 69/104).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: закрытая травма живота, повреждение паренхиматозных органов, ангиоэмболизация, неоперативное лечение, лучевая диагностика.

КАК ЦИТИРОВАТЬ. Гаврищук Я.В., Мануковский В.А., Тулупов А.Н., Демко А.Е., Колчанов Е.А., Киселев М.А., Казанкин А.С., Кажанов И.В., Сиваков А.А., Есютин И.Н., Титов Р.В., Норкина Л.В. Консервативное и минимально инвазивное лечение закрытых повреждений паренхиматозных органов живота // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. № 4. С. 27–40.

TO CITE THIS ARTICLE. Gavrishchuk Ya.V., Manukovsky V.A., Tulupov A.N., Demko A.E., Kolchanov E.A., Kiselev M.A., Kazankin A.S., Kazhanov I.V., Sivakov A.A., Yesyutin I.N., Titov R.V., Norkina L.V. Conservative and minimally invasive treatment of blunt solid abdominal organ injury. *The Journal of Emergency Surgery named after I.I. Dzhanelidze*. 2025;(4):27–40.

УДК 615.81 : 617-089.844 : 616-001.515
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_41

РОЛЬ NPWT-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМИ АМПУТАЦИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ МИННО-ВЗРЫВНОГО РАНЕНИЯ

© М.Ю. КАБАНОВ[1,2], Н.И. ГЛУШКОВ[1,2], Т.Л. ГОРШЕНИН[1,2], М.А. БИНИЕНКО[1], В.О. МИРОШНИЧЕНКО[1], О.С. КРАВЦОВА[1], А.Н. ЗЕМЛИН[1], А.Р. ОМАРОВ[1]

[1] СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

ОБОСНОВАНИЕ. Данное исследование направлено на решение актуальной клинико-хирургической задачи — обоснование и оценку эффективности NPWT-терапии в комплексном лечении пациентов с высокими ампутациями конечностей после минно-взрывной травмы с применением объективных критериев оценки раневого процесса, включая адаптированную шкалу Бейтс-Дженсен (BWAT-M).

ЦЕЛЬ: сравнить эффективность использования NPWT-терапии и повязок из альгината кальция в комплексном лечении пациентов с высокими ампутациями конечностей после минно-взрывного ранения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 60 раненых пациентов с высокими ампутациями конечностей (на уровне голени и бедра), проходившие лечение в 2024–2025 гг. в СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн». Группы разделены на основную (А) и контрольную (В) по 30 пациентов. Группа А — пациенты, получавшие комплексную терапию с использованием NPWT–терапии, группа В — пациенты, которым проводилось комплексное лечение без применения NPWT-терапии, для местного лечения применялся современный перевязочный материал: повязки с альгинатом кальция. Оценка динамики течения раневого процесса и готовность раны культи к закрытию проводилась с помощью адаптированной шкалы Бейтс-Дженсен (BWAT-M).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В основной группе (А) после 5 ± 2 сеансов NPWT-терапии удалось подготовить рану к пластическому закрытию в среднем за 15 ± 6 суток. Дно раны покрылось яркими зрелыми грануляциями, налеты фибрина стали скудными. Количество раневого отделяемого уменьшалось, уровень микробной обсемененности снился до 10^3 на 1 мл отделяемого, отек и гиперемия кожных краев стихли. Суммарный балл по шкале BWAT-M составил 21 ± 3 баллов. В контрольной группе (В) потребовалось больше времени, чтобы подготовить рану к пластическому закрытию. Полного очищения раны от фибрина и гнойного отделяемого удалось добиться спустя 21 ± 6 суток (7 ± 2 перевязок). Суммарный балл по шкале BWAT-M к 21 суткам составил 21 ± 4 баллов.

ВЫВОДЫ. У пациентов с высокими ампутациями конечностей после минно-взрывного ранения применение NPWT-терапии в комплексной терапии с адекватной антибактериальной терапией и адекватным дебридментом раны позволяет в кротчайшие сроки подготовить рану к пластическому закрытию.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: минно-взрывное ранение, ампутация, лечение ран отрицательным давлением, NPWT-терапия, шкала Бейтс-Дженсен, антибиотикорезистентность, формирование культи.

КАК ЦИТИРОВАТЬ. Кабанов М.Ю., Глушков Н.И., Горшенин Т.Л., Биниенко М.А., Мирошниченко В.О., Кравцова О.С., Землин А.Н., Омаров А.Р. Роль NPWT-терапии в комплексном лечении пациентов с высокими ампутациями конечностей после минно-взрывного ранения // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. № 4. С. 41–48.

TO CITE THIS ARTICLE. Kabanov M.Yu., Glushkov N.I., Gorshenin T.L., Binyenko M.A., Mirosh-nichenko V.O., Kravtsova O.S., Zemlin A.N., Omarov A.R. Role of npwt therapy in comprehensive treatment of patients with high limb amputations after mine-blast wounds. *The Journal of Emergency Surgery named af-ter I.I. Dzhanelidze*. 2025;(4):41–48.

УДК 617-089
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_49

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КТ-НАВИГАЦИИ ПРИ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКЕ ПОЗВОНКОВ

© М.В. КУБАСОВ[1], М.Н. КРАВЦОВ[1,2,3], И.С. ЖЕЛЕЗНЯК[1], А.И. ШИХБАЛАЕВ[2], В.Е. ПАРФЁНОВ[2], В.А. МАНУКОВСКИЙ[2,3]

[1] ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

[2] ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

[3] ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

За последние годы применение КТ-навигации в хирургии позвоночника значительно расширилось. Внедрение гибридных методик пункционной аугментации позвонков потенциально позволит повысить их точность и снизить лучевую нагрузку на операционную бригаду.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: апробировать модифицированную методику баллонной кифопластики под интраоперационной компьютерно-томографической навигацией.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ: описание серии случаев.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В соответствии с методом интраоперационного лучевого сопровождения при кифопластике компрессионных переломов тел позвонков, выделено две группы пациентов: основная группа (n ± 26), где кифопластика проводилась под КТ-навигацией, и контрольная группа (n ± 28) со стандартным применением рентгеноскопии. Проанализированы показатели: наличие миграции полиметилметакрилата; восстановленная высота тела позвонка в абсолютных значениях (мм); время, потраченное на всю процедуру; выраженность болевого синдрома в течение первых суток после операции по ВАШ; лучевая нагрузка на хирургов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Критической миграции полиметилметакрилата в обеих сериях оперативных вмешательств не наблюдалось. Статистически незначимыми оказались показатели восстановления высоты тела позвонка и анализ выраженности болевого синдрома. Продолжительность операции в основной группе — 35 мин [ИКР 30; 35] против 45 мин [ИКР 40; 50] в контрольной группе. ЭД хирурга в контрольной группе: 0,25 мЗв; ЭквД хрусталика глаза 6,86 мЗв; кожи кистей 15,57 мЗв; в основной группе 0,16 мЗв; ЭквД хрусталика глаза 1,40 мЗв; кожи кистей 1,72 мЗв.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: использование интраоперационной КТ-навигации при баллонной кифопластике позволяет сократить время, затрачиваемое на процедуру и значительно снизить лучевую нагрузку на хирурга.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: баллонная кифопластика, рентгеноскопия, КТ-навигация, радиационная безопасность, эффективные дозы облучения, эквивалентные дозы облучения.

КАК ЦИТИРОВАТЬ. Кубасов М.В., Кравцов М.Н., Железняк И.С., Шихбалаев А.И., Парфёнов В.Е., Мануковский В.А. Применение интраоперационной КТ-навигации при баллонной кифопластике позвонков // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. № 4. С. 49–57.

TO CITE THIS ARTICLE. Kubasov M.V., Kravtsov M.N., Zheleznyak I.S., Shihbalaev A.I., Parfenov V.E., Manukovsky V.A. The use of intraoperative CT navigation in balloon kyphoplasty. *The Journal of Emergency Surgery named after I.I. Dzhanelidze*. 2025;(4):49–57.

УДК 616-001.515 : 616.89-008.441.44
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_58

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПУЛЕВЫЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ РАНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПОПЫТКОЙ СУИЦИДА

© С.А. ЛАНДИК [1], Р.И. ИСАЕВ [1], Д.В. СВИСТОВ [1], А.А, КНЯЗЕВ [2], Н.В. СТОЛЯРОВА [3]

[1] ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБУ «1472 Военно-морской клинический госпиталь» Минобороны России, Севастополь, Россия

[3] 34 Артиллерийская дивизия, пос. Мулино, Нижегородская область, Россия

РЕЗЮМЕ

Суицид является одной из ведущих причин насильственной смерти в мире, и военнослужащие подвержены повышенному риску. Огнестрельные черепно-мозговые ранения являются одним из способов совершения суицида, особенно в воинских коллективах из-за доступности оружия.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: проанализировать особенности суицидальных огнестрельных черепно-мозговых ранений, нанесенных штатным оружием у военнослужащих, и определить пути улучшения результатов лечения пострадавших.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: работа основана на анализе ближайших результатов хирургического лечения военнослужащих с суицидальными огнестрельными черепно-мозговыми ранениями, получивших специализированную нейрохирургическую помощь на этапах медицинской эвакуации. Проводились клинико-лабораторные исследования, КТ, СКТ-АГ. Выбор оперативного вмешательства основывался на анатомо-топографических особенностях повреждений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В исследование включены 18 историй болезни. Все пациенты — военнослужащие по контракту рядового и сержантского состава, мужского пола. В большинстве случаев использовался автомат АК-74. Наиболее частая локализация входного отверстия — подбородочная область. Во всех случаях ранения головы были сквозными, в 77,8 % имели проникающий характер. Летальных исходов не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Суицидальные огнестрельные черепно-мозговые ранения у военнослужащих чаще всего связаны с использованием автоматического оружия и характеризуются определенными особенностями локализации раневого канала. Раннее хирургическое вмешательство и мультидисциплинарный подход позволяют достичь благоприятных результатов лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: черепно-мозговые ранения, огнестрельные пулевые черепно-мозговые ранения, боевые повреждения, суициды у военнослужащих, огнестрельное оружие и суицид; попытка суицида.

КАК ЦИТИРОВАТЬ: Ландик С.А., Исаев Р.И., Свистов Д.В., Князев А.А., Столярова Н.В. Огнестрельные пулевые черепно-мозговые ранения, связанные с попыткой суицида // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. № 4. С. 58–69.

TO CITE THIS ARTICLE. Landik S.A., Isaev R.I., Svistov D.V., Knyazev A.A., Stolyarova N.V. Gunshot bullet traumatic brain injuries of servicemen of the Russian Ministry of Defense associated with attempted sui-cide. *The Journal of Emergency Surgery named after I.I. Dzhanelidze*. 2025;(4):58–69.

УДК 617-001-031,14-07
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_70

ВЛИЯНИЕ ЭТАНОЛА НА БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ, РАЗМЕР И КОЛИЧЕСТВО ЖИРОВЫХ ГЛОБУЛ В КРОВИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИЕЙ

© В.Н. ЛАПШИН, Н.К. РАЗУМОВА, А.В. ШВЕДКОВ, Н.В. СЕЛЕЗНЁВА, М.В. НАНИЕВА
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ. Врачи разных специальностей сталкиваются со сложностью диагностики, непредсказуемостью клинического течения синдрома жировой эмболии и необходимостью коррекции возникших функциональных нарушений. В основе профилактики и интенсивной терапии синдрома жировой эмболии, диагностированного у пострадавших с механическими повреждениями, должны быть мероприятия по оказанию экстренной помощи при травме и шоке. Комплексная терапия носит синдромальный характер и направлена на предупреждение развития органной дисфункции. При обнаружении выраженной жировой глобулемии показана терапия, препятствующая дезэмульгированию липидов, т.е. назначение средств, способствующих их эмульсионной стабильности. Однако клиническая практика свидетельствует об их невысокой эффективности. Другой подход к терапии тяжелых форм синдрома жировой эмболии при травме сводится к попытке растворения дезэмульгированного жира в кровеносном русле.

ЦЕЛЬЮ исследования было изучение влияния терапевтических концентраций этанола на биохимические показатели, клеточный состав крови, размер и количество жировых глобул у пострадавших с механической травмой, осложненной синдромом жировой эмболии.

ЗАДАЧИ исследования состояли в определении безопасной концентрации этанола, не вызывающей гемолиз, не влияющей на морфологию и биохимию крови, а также динамическом контроле изменения размера и количества жировых глобул до и после его инфузии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Полученные результаты в 30 модельных опытах in vitro свидетельствуют о незначительном гемолизе при добавлении в пробы крови 35% этанола и о полном его отсутствии в пробах крови после экспозиции с 20% этанолом. Этанол в объеме 400 мл 10% раствора практически не оказывал какого-либо патологического влияния на организм пострадавшего, что подтверждается отсутствием существенных изменений биохимических показателей и стабильностью клеточного состава крови. Включение этанола в программу лечения синдрома жировой эмболии обосновано, его эффективность доказана в результате анализа 34 клинических случаев и связана с непосредственным влиянием на количество и размер жировых глобул, циркулирующих в крови при травме.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: механическая травма, посттравматическая жировая глобулемия, синдром жировой эмболии, терапия СЖЭ.

КАК ЦИТИРОВАТЬ. Лапшин В.Н., Разумова Н.К., Шведков А.В., Селезнёва Н.В., Наниева М.В. Влияние этанола на биохимические показатели, клеточный состав, размер и количество жировых гло-бул в крови у пострадавших с посттравматической жировой эмболией // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. №4. С. 70–76.

TO CITE THIS ARTICLE. Lapshin V.N., Razumova N.K., Shvedkov A.V., Selezneva N.V., Nanieva N.V. The effect of ethanol on biochemical parameters, cellular composition, size and number of fat globules in the blood of patients with mechanical injury complicated by fat embolism syndrome. *The Journal of Emergency Surgery named after I.I. Dzhanelidze*. 2025;(4):70–76.

УДК 611.728.8 : 617.586
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_77

ОРИГИНАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕОБХОДИМОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОСТЕОТОМИЙ ПРИ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ ПО ПОВОДУ HALLUX VALGUS

© А.А. ПОВАЛИЙ[1], И.Г. БЕЛЕНЬКИЙ[1,2], А.А. АКУЛАЕВ[1], К.А. ТИЩЕНКОВ[1], А.А. ИВАНОВ[1]

[1] Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург, Россия

[2] ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

ВВЕДЕНИЕ. При выполнении scarf-остеотомии решение о выполнении дополнительных остеотомий обычно принимается хирургом. Для правильного решения необходимо учесть большое количество факторов. Классификационные системы оценки рентгенологический показателей стопы и их классификации неоднородны, что не позволяет объективизировать процесс принятия подобных решений.

ЦЕЛЬ: провести клиническое исследование оригинальной рекомендательной системы машинного обучения для определения необходимости выполнения дополнительных остеотомий при корригирующей остеотомии hallux valgus.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Дизайн исследования: проспективное одноцентровое рандомизированное исследование. В исследование были включены 378 пациентов. В группе А (исследуемая, n=189) решение о необходимости выполнения дополнительных остеотомий принималось на основе рекомендаций, сгенерированных моделью машинного обучения. В группе Б (контрольная, n=189) лечение проводилось в строгом соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями, а решение принимал хирург.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В группе А метатарзалгия зарегистрирована у меньшего числа пациентов, чем в группе Б: 7 (2% от общего числа) и 19 (5%) соответственно. Была выявлена статистически значимая разница как по данному показателю (p=0,022), так и в оценке анкетирования AOFAS, VASFA, FADI через 12 месяцев и AOFAS, VASFA через 24 месяца в пользу группы А.

ДИСКУССИЯ. В исследуемой группе удалось достичь показателя частоты метатарзалгии в 6,8%. В контрольной группе, где система машинного обучения не применялась, частота метатарзалгии составила 11,2%, что статистически близко к исходному уровню осложнений в 9,9%. Одним из ограничений настоящего исследования, как и многих других в данной области, является отсутствие консенсуса в объективной оценке деформаций переднего отдела стопы, а также проверки единообразия и однородности систем машинного обучения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проведенный сравнительный анализ выявил статистически значимые различия в частоте послеоперационных метатарзалгий при использовании модели машинного обучения. Полученные данные свидетельствуют о преимуществах использования модели машинного обучения для планирования дополнительных остеотомий при выполнении корригирующей остеотомии scarf. Кроме того, представляется перспективным внедрение технологий машинного обучения в другие области ортопедической хирургии для объективизации принятия хирургом решения о выполнении той или иной хирургической манипуляции.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вальгусное отклонение 1 пальца стопы, остеотомия scarf, остеотомия akin, дистальная минимально инвазивная остеотомия, машинное обучение

КАК ЦИТИРОВАТЬ. Повалий А.А., Беленький И.Г., Акулаев А.А., Тищенков К.А., Иванов А.А. Оригинальная рекомендательная система машинного обучения для определения необходимости дополнительных остеотомий при корригирующей остеотомии по поводу Hallux Valgus // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. №4. С. 77–88.

TO CITE THIS ARTICLE. Povaliy A.A., Belenkiy I.G., Akulaev A.A., Tishchenkov K.A., Ivanov A.A. Ma-chine learning decision-making support system for determining the need for additional osteotomies in correc-tive hallux valgus osteotomy. *The Journal of Emergency Surgery named after I.I. Dzhanelidze*. 2025; (4):77–88.

УДК 616-001.17 : 622.82
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_89

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕОБШИРНОГО ГЛУБОКОГО ОЖОГА КОЖИ

© Д.В. КОСТЯКОВ[1,2], А.В. КОСТЯКОВА[1], Е.В. ЗИНОВЬЕВ[1,3,4]

[1] ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

[3] ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

[4] ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

Поиск способов безоперационного восстановления глубоких ожогов кожи является одной из наиболее сложных задач комбустиологии, решение которой в настоящее время отсутствует. Существующие методы хирургического лечения данных видов травм предусматривают раннее удаление участков некротизированных тканей с одномоментной аутодермотрансплантацией, что в ряде случаев является невозможным, например, при неблагоприятном коморбидном фоне, невозможности выполнения операции в связи с тяжестью состояния пациента или отказе от нее. В то же время консервативное ведение глубоких ожоговых ран сопровождается интенсивной токсемией и выраженным нарушением системы гомеостаза, негативно влияющими на исход лечения.

Одним из возможных путей решения поставленной задачи может являться регенеративная медицина. Применение доступных специалистам культур кератиноцитов, фибробластов и стволовых клеток уже в настоящее время позволяет достоверно сократить длительность эпителизации обширных пограничных ожоговых ран, а также повысить эффективность хирургического лечения обожженных. В большинстве случаев клеточные продукты апплицируются на рану изолированно, что нарушает физиологические процессы взаимной паракринной регуляции клеточных компонентов дермы и эпидермиса. На основании вышесказанного сотрудниками отдела термических поражений Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе была разработана методика последовательной трансплантации культур аллогенных фибробластов и кератиноцитов. Ее клиническая апробация позволила успешно восстановить необширный глубокий ожог кожи без применения хирургических методов лечения. Это свидетельствует о высоком потенциале регенеративной медицины и возможности разработки альтернативы традиционной аутодермопластике.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ожог кожи, глубокие ожоги, регенеративная медицина, кератиноциты, фибробласты, последовательная трансплантация.

КАК ЦИТИРОВАТЬ. Костяков Д.В., Костякова А.В., Зиновьев Е.В. Клинический случай успешно-го биотехнологического восстановления необширного глубокого ожога кожи // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. № 4. С. 89–94.

TO CITE THIS ARTICLE. Kostyakov D.V., Kostyakova A.V., Zinoviev E.V. Clinical example of successful biotechnological restoration of a small deep skin burn. *The Journal of Emergency Surgery named after I.I. Dz-hanelidze*. 2025;(4):89–94.

УДК 616-073 : 616.85
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_95

ВОЗМОЖНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПОКОЯ ПРИ НЕВРОПАТИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

© И.В. ЛИТВИНЕНКО, И.С. ЖЕЛЕЗНЯК, Н.В. ЦЫГАН, А.Р. БУЛАТОВ, С.В. КОЛОМЕНЦЕВ, М.Г. ЧЕРНЕНОК, М.Д. ЧЕРНЫШЕВ, И.С. ХОДКЕВИЧ, А.Я. ЛАТЫШЕВА, Е.Н. АДАЕВА, Д.А. ТАРУМОВ, И.В. ЛЕПЕХИН
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

ОБОСНОВАНИЕ. При поражении периферической нервной системы боль является одним из наиболее постоянных симптомов. С целью проведения эффективной терапии и реабилитации важно точно определить этиопатогенез данной патологии. Функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ) покоя представляет собой перспективный способ диагностики состояния нервной системы как источника хронической боли у лиц с повреждением периферической нервной системы.

ЦЕЛЬ: обобщение накопленного опыта исследователей по данным фМРТ покоя при различных неврологических состояниях с целью исключения или подтверждения вовлечения центральной нервной системы в развитии боли.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Для написания данной работы были использованы результаты ранее проведенных оригинальных исследований, клинических случаев и мета- анализов, представленных в научной электронной библиотеке Elibrary, в поисковой системе PubMed, а также в научно-информационной социальной сети ResearchGate. Представленные данные проанализированы и обобщены для формирования современного представления о возможностях функциональной МРТ покоя у пациентов с болевым синдромом. Вследствие наличия множества патологических состояний, приводящих к болевому синдрому, были рассмотрены следующие нозологии: комплексный региональный болевой синдром, фантомная боль в конечности, невралгия тройничного нерва.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализ показал, что фМРТ покоя позволяет достоверно определять следующие изменения в головном мозге: усиление или ослабление функциональной коннективности между различными отделами коры головного мозга, феномен кортикальной реорганизации, а также оценить влияние фармацевтического и нефармацевтического (в том числе психотерапевтического) лечения на указанные изменения.

ВЫВОД. Функциональная МРТ покоя — уникальный, но в то же время недооцененный метод лучевой диагностики, расширяющий возможности диагностирования происхождения боли у клинически сложных пациентов неврологического профиля. Дальнейшие исследования следует проводить в различных возрастных группах из-за разного болевого порога и механизма формирования боли, а также при других типах невропатической боли.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: фМРТ покоя, функциональная коннективность, комплексный региональный болевой синдром, невропатический болевой синдром, фантомная боль в конечности, классическая невралгия тройничного нерва.

КАК ЦИТИРОВАТЬ. Литвиненко И.В., Железняк И.С., Цыган Н.В., Булатов А.Р., Коломенцев С.В., Черненок М. Г., Чернышев М.Д., Ходкевич И.С., Латышева А.Я., Адаева Е.Н., Тарумов Д.А., Лепехин И.В. Возможности функциональной магнитно-резонансной томографии покоя при невропатическом болевом синдроме у пациентов с повреждением периферической нервной системы // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. № 4. С. 95–101.

TO CITE THIS ARTICLE. Litvinenko I.V., Zheleznyak I.S., Tsygan N.V., Bulatov A.R., Kolomentsev S.V., Chernenok M.G., Chernyshev M.D., Khodkevich I.S., Latysheva A.Ya., Adaeva E.N., Tarumov D.A., Lep-ekhin I.V. The possibilities ofresting state functional magnetic resonance imaging in pain syndrome in patients with damage of the peripheral nervous system. *The Journal of Emergency Surgery named after I.I. Dzhanelidze*. 2025;(4):95–101.

УДК 617-089
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_102

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ БОЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ НА ЭТАПЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ

© И.А. МЕНЬКОВ, И.С. ЖЕЛЕЗНЯК, Д.В. СВИСТОВ, Б.В. МАРТЫНОВ, А.И. ГАЙВОРОНСКИЙ, А.С. ГРИЩЕНКОВ, Д.С. КАЛЮЖНЫЙ, А.Я. ЛАТЫШЕВА, С.А. ЛАНДИК
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

ОБОСНОВАНИЕ: боевые повреждения черепа и головного мозга занимают одно из ведущих мест в структуре санитарных потерь в условиях вооруженных конфликтов последнего времени. Компьютерная томография является ведущим методом диагностики огнестрельных проникающих ранений черепа и головного мозга на этапе специализированной помощи. Она дает подробную характеристику изменений вещества мозга и костей черепа, распределения костных отломков и инородных тел, позволяя определить показания к оперативному вмешательству, разработать его план и выявить инфекционные осложнения.

ЦЕЛЬ: показать современные возможности различных методик компьютерной томографии в диагностике огнестрельных проникающих ранений черепа и головного мозга на этапе специализированной помощи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Для написания данной работы были использованы результаты научных обзоров, действующих клинических рекомендаций по диагностике и лечению огнестрельных ранений черепа и головного мозга, представленных в научной электронной библиотеке Elibrary, в поисковой системе PubMed, а также в научно-информационной социальной сети ResearchGate. Представленные данные проанализированы и обобщены для формирования современного представления о возможностях компьютерной томографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Представлена эволюция взглядов на диагностику огнестрельных ранений черепа от начала XX в. до настоящего времени, определены роль и задачи компьютерной томографии на этапе специализированной помощи в условиях последних вооруженных конфликтов, разработано деление на зоны поражения вещества головного мозга. Авторами сформулированы показания для проведения КТ-ангиографии, отмечена важность диагностики травматических церебральных аневризм, определены прямые и косвенные признаки повреждения сосудов. Кроме того, показаны возможности компьютерной томографии в диагностике воспалительных осложнений, определена методика выполнения компьютерной томографии для их диагностики.

ВЫВОД. Компьютерная томография при проникающих огнестрельных ранениях черепа и головного мозга является высокоинформативным методом визуализации, позволяющим быстро и точно выявлять различные виды повреждений как черепа, так и вещества головного мозга, а также оценить осложнения, возникающие непосредственно после черепно-мозговых травм и выполнения оперативных вмешательств.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: компьютерная томография, боевая травма черепа и головного мозга, огнестрельные проникающие ранения черепа и головного мозга, КТ-ангиография, травматические церебральные аневризмы, классификация огнестрельных ранений черепа и головного мозга, воспалительные послеоперационные осложнения.

КАК ЦИТИРОВАТЬ. Меньков И.А., Железняк И.С., Свистов Д.В., Мартынов Б.В., Гайворонский А.И., Грищенков А.С., Калюжный Д.С., Латышева А.Я., Ландик С.А. Современные аспекты диагностики боевых повреждений черепа и головного мозга с помощью компьютерной томографии на этапе специализированной помощи // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. № 4. С. 102–111.

TO CITE THIS ARTICLE. Menkov I.A., Zheleznyak I.S., Svistov D.V., Martynov B.V., Gaivoronskiy A.I., Grischenkov A.S., Kaliuzhnyi D.S., Latysheva A.Ya., Landyk S.A. Contemporary aspects of skull and brain combat injury diagnostics using computed tomography at the stage of specialized care. *The Journal of Emergency Surgery named after I.I. Dzhanelidze*. 2025;(4):102–111.

УДК 616-01
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_112

НЕПРЕДНАМЕРЕННО ОСТАВЛЕННОЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННО ИНОРОДНОЕ ТЕЛО (ТАМПОН) С КАЗУИСТИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ПЕЧЕНИ

© С.А. ПОВЗУН
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

При аутопсии умершего больного в печени был обнаружен инкапсулированный тампон, случайно оставленный в полости брюшины 33 года назад во время операции по поводу язвенной болезни. Обсуждаются возможные механизмы, благодаря которым он оказался в печени и приводятся литературные данные анализа обстоятельств и последствий непреднамеренного интраоперационного оставления инородных тел.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инкапсулированный тампон, интраоперационное оставление инородных тел, обстоятельства и последствия

КАК ЦИТИРОВАТЬ. Повзун С.А. Непреднамеренно оставленное интраоперационно инородное тело (тампон) с казуистической локализацией в печени // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. № 4. С. 112–115.

TO CITE THIS ARTICLE. Povzun S.A. Unintentionally intraopratively left foreign body (tampon) with casuistic localization in the liver. *The Journal of Emergency Surgery named after I.I. Dzhanelidze*. 2025;(4):112–115.

УДК 616.453
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_116

РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ПАЦИЕНТА

© С.Ш. ТАНИЯ, Г.А. ПИЧУГИНА, Д.И. ТОЛМАЧЁВА, А.М. ТОЛКАЧЁВА, А.К. УМАРОВ
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

ОБОСНОВАНИЕ. Первичная надпочечниковая недостаточность как осложнение тяжелой сочетанной травмы описана в литературе как результат двухстороннего кровоизлияния в надпочечники. Оценить частоту этого состояния затруднительно, т.к. в доступной литературе описаны отдельные клинические наблюдения, при которых оно было диагностировано. Большинство авторов отмечает объективные трудности в распознавании этого осложнения. В представленной статье описан клинический случай развития первичной надпочечниковой недостаточности после тяжелой сочетанной травмы, не сопровождавшейся двухсторонним кровоизлиянием в надпочечники, охарактеризованы основные клинические проявления, отражены объективные сложности в диагностике редкого состояния.

ЦЕЛЬ: демонстрация клинического случая развития первичной надпочечниковой недостаточности в ходе длительного лечения тяжелой сочетанной травмы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: анализ клинических, инструментальных и лабораторных данных пострадавшего, анализ отечественной и зарубежной литературы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациент 71 г., не контролировавший гликемию и без адекватной терапии, получил тяжелую сочетанную травму, осложнившуюся перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, перитонитом и подпеченочными абсцессами, что потребовало оперативных вмешательств и анестезиологической поддержки. Через 2 месяца после травмы у пациента выявлены симптомы первичной надпочечниковой недостаточности, подтвержденные двукратным повышением уровня АКТГ. Начата заместительная терапия, в ходе которой пациент успешно отлучен от ИВЛ, переведен на спонтанное дыхание и деканюлирован. Электролитные нарушения купированы, показатели натрия и калия достигли целевых значений, уровень АКТГ вернулся к референсным значениям. Пациент выписан для продолжения лечения в эндокринологическое отделение.

ВЫВОД. Представленный клинический случай демонстрирует возможность развития эндокринологических нарушений в отдаленном периоде травматической болезни, необходимость настороженности в их отношении, особенно у пациентов пожилого возраста, а также трудности диагностики у больных в критическом состоянии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: тяжелая сочетанная травма, первичная надпочечниковая недостаточность.

КАК ЦИТИРОВАТЬ. Тания С.Ш., Пичугина Г.А., Толмачёва Д.И., Толкачёва А.М., Умаров А.К. Развитие первичной надпочечниковой недостаточности как осложнение тяжелой сочетанной травмы у пациента // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. № 4. С. 116–121.

TO CITE THIS ARTICLE. Taniya S.Sh., Pichugina G.A., Tolmacheva D.I., Tolkacheva A.M., Umarov A.K. The development of primary adrenal insufficiency as a complication of severe combined trauma in a patient. *The Journal of Emergency Surgery named after I.I. Dzhanelidze*. 2025;(4):116–121.

УДК 616-001.515 : 616.13.002.1
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_122

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕННОГО ФОРМИРОВАНИЕМ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОМ ПОРАЖЕНИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

© А.Г. ФРУМЕН[1], Г.Е. ТРУФАНОВ[2]

[1] ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», Балашиха, Московская область, Россия

[2] ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

В настоящее время в связи с проведением специальной военной операции особо актуальна тема боевой травмы. В современных реалиях военных действий наблюдается все более широкое применение минно-взрывных боеприпасов, при воздействии которых наиболее часто происходит повреждение конечностей. Данные травмы носят комплексный характер с дефектом мягких тканей, повреждением костей, сосудов и нервов конечностей, наличием осколков, затрудняющих диагностику. Такие ранения требуют точной и своевременной диагностики, так как являются одной из основных причин снижения годности к военной службе и инвалидности.

В данном клиническом наблюдении представлен подробный анализ случая минно-взрывного поражения конечностей, осложненного формированием ложной аневризмы. Основное внимание уделено комплексной оценке диагностических возможностей классической рентгенографии, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и ультразвуковой допплерографии поврежденной конечности, а также применению селективной ангиографии.

Продемонстрированы высокие диагностические возможности методов в условиях остеосинтеза, а также описана лучевая семиотика повреждений. Представленный случай демонстрирует эффективность современного комплексного подхода диагностики боевой травмы, что позволяет выявить посттравматические изменения поврежденной конечности и вовремя принять решение о тактике лечения данных пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: боевая травма конечностей, минно-взрывные поражения, артериовенозная аневризма, рентгенография, компьютерная томография, УЗДГ, КТ-ангиография.

КАК ЦИТИРОВАТЬ. Фрумен А.Г., Труфанов Г.Е. Лучевая диагностика осложненного формированием ложной аневризмы повреждения конечностей при минно-взрывном поражении: клинический случай // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. № 4. С. 122–130.

TO CITE THIS ARTICLE. Frumen A.G., Trufanov G.E. Radiological diagnostics of limb injuries caused by mine-explosive injuries complicated by the formation of a false aneurisme: clinical case. *The Journal of Emer-gency Surgery named after I.I. Dzhanelidze*. 2025;(4):122–130.

УДК 616.4 : 614.2
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_131

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

© Г.А. РЫСЕВ[1], И.М. БАРСУКОВА[1,2], Т.В. РАЗУМОВА[1], А.В. РЫСЕВ[1]

[1] ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ. Стационары скорой медицинской помощи вносят свой вклад в диагностику и лечение заболеваний крови, в том числе онкогематологических, даже при отсутствии профильных отделений или специалистов. Множественная миелома — злокачественное заболевание с клональной пролиферацией атипичных плазматических клеток. Число больных множественной миеломой ежегодно увеличивается, что требует совершенствования организации гематологической помощи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: рассмотреть организационные особенности оказания помощи, медико-социальные и клинические характеристики пациентов с множественной миеломой, проходивших лечение в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2025 г.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Материалом послужили данные электронных историй болезней пациентов с заболеваниями системы крови, в том числе с множественной миеломой, проходивших лечение в клинике НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2020–2025 (первое полугодие) гг. Применены статистический и аналитический методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Рассмотрена структура входящего потока пациентов клиники, динамика числа поступающих пациентов, у которых было выявлено то или иное заболевание системы крови. Доля заболеваний крови, выявленных у пациентов клиники, выросла с 1,2 % (535 случаев) в 2020 г. до 3,5 % (2681 случай) в 2024 г. ($p < 0,01$). Доля онкогематологических пациентов составляет от 2,8 % до 5,4 %. В динамике 2020–2024 гг. наблюдается положительная динамика по числу выявленных заболеваний, прирост 159 % ($R^2 = 0,77$). Наблюдается увеличение числа выявленных случаев множественной миеломы. В 2020 г. было выявлено 4 случая, в 2024 — 10, а за первые 6 месяцев 2025 г. диагноз был поставлен 7 пациентам клиники: 2 мужчинам (28,6 %) и 5 женщинам (71,4 %). Средний возраст пациентов — 61,4 г. Аспирационные биопсии костного мозга выполнялись всем 7 пациентам (100 %), трепанобиопсии в 4 случаях (57,1 %), повторные исследования выполнялись 2 пациентам (28,6 %). Лечение пациентов проводилось в объеме, доступном непрофильному учреждению.

ВЫВОДЫ. Изложенное свидетельствует о необходимости совершенствования как амбулаторного, так и стационарного звеньев гематологической помощи в Санкт-Петербурге, в частности — повышения доступности консультаций врача-гематолога, в том числе экстренных.

Своевременная консультация гематолога позволит разработать план лечения пациента, правильно осуществить маршрутизацию и избежать значительного числа осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: скорая медицинская помощь, множественная миелома, организация здравоохранения.

КАК ЦИТИРОВАТЬ. Рысев Г.А., Барсукова И.М., Разумова Т.В., Рысев А.В. Организация медицинской помощи пациентам с множественной миеломой в стационаре скорой медицинской помощи наблюдения // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. № 4. С. 131–135.

TO CITE THIS ARTICLE. Rysev G.A., Barsukova I.M., Razumova T.V., Rysev A.V. Organization of medi-cal care for patients with multiple myeloma in an emergency hospital. *The Journal of Emergency Surgery named after I.I. Dzhanelidze*. 2025;(4):131–135.

УДК 614.2 : 617.55-007
DOI: 10.54866/27129632_2025_4_136

СТАТИСТИКА УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: 20 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

© В.Е. ПАРФЕНОВ[1], И.М. БАРСУКОВА[1,2], П.А. ДУБИКАЙТИС[1], А.О. БУМАЙ[1,3]

[1] ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

[3] ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

ОБОСНОВАНИЕ. Экстренная абдоминальная хирургическая патология занимает лидирующую позицию в структуре больничной летальности. Ущемленная грыжа — одна из нозологических форм обобщенного понятия «острый живот», требующая пристального внимания.

ЦЕЛЬ: изучить динамику показателей деятельности медицинских организаций Санкт-Петербурга при оказании медицинской помощи больным с ущемленной грыжей за 2005–2024 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Использованы данные мониторинга состояния острой хирургической патологии органов брюшной полости за 2005–2024 гг., проводимого Санкт-Петербургским НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в соответствии с Распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 31.07.2009 № 477-р «О контроле экстренной госпитализации в государственные учреждения здравоохранения Санкт-Петербурга». Применялись статистический и аналитический методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. 20-летний мониторинг ежегодно фиксировал в Санкт-Петербурге около 1 тыс. пациентов с диагнозом «ущемленная грыжа»: 5,6 ± 1,0 % в структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости, объединенных понятием «острый живот». Их число снизилось на 48,1 %, а доля — на 25,5 % за период наблюдения. Оперативная активность (97,2 ± 2,3 %) оставалась высокой и стабильной последние 10 лет. 60 % пациентов госпитализировались в первые сутки заболевания, 40 % больных — в более поздние сроки. Отмечен рост (на 19,7 %) доли больных с поздним (на вторые сутки) поступлением в стационар. 69,0 % пациентов были прооперированы в первые 6 ч от момента госпитализации, остальные (31,0 %) требовали дифференциальной диагностики, динамического наблюдения. Отмечена негативная динамика роста доли отсроченных операций: в интервале 6–24 ч — на 20,9 %, на вторые сутки госпитализации — на 48,9 %. Послеоперационная летальность составила 3,62 ± 0,80 %, отмечен рост показателя на 0,52 % (базисный темп прироста составил 17,6 %).

ВЫВОДЫ. Ущемленная грыжа составляет небольшую долю (5,6 %) острой хирургической патологии органов брюшной полости. Тем не менее, выявленные негативные тенденции увеличения доли поздних госпитализаций и отсроченных операций вызывают тревогу, несут риски развития неблагоприятных исходов. Санитарно-просветительная работа среди населения, совершенствование организации первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи, оптимизация работы хирургических отделений стационаров должны способствовать своевременности лечебно-диагностических мероприятий, рациональной логистике пациентов, доступности и качеству медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ущемленная грыжа, острый живот, острая хирургическая патология органов брюшной полости, Санкт-Петербургский институт скорой помощи, И.И. Джанелидзе.

КАК ЦИТИРОВАТЬ. Парфенов В.Е., Барсукова И.М., Дубикайтис П.А., Бумай А.О. Статистика ущемленной грыжи в Санкт-Петербурге: 20 лет наблюдения // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. 2025. № 4. С. 136–143.

TO CITE THIS ARTICLE. Parfenov V.E., Barsukova I.M., Dubykaitis P.A., Bumay A.O. Statistics of incar-cerated hernia in St. Petersburg: 20 years of observation. *The Journal of Emergency Surgery named after I.I. Dzhanelidze*. 2025;(4):136–143.

ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ СТАТЕЙ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ «НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ИМ. И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ»

В журнале публикуются статьи научно-практического содержания, обзоры, лекции, клинические наблюдения, информационные материалы, рецензии, дискуссии, письма в редакцию, краткие сообщения, информация о клинической и научной жизни Института, поздравления юбиляров. Материал, предлагаемый для публикации, должен являться оригинальным, не опубликованным ранее в других печатных изданиях. Журнал принимает к публикации статьи по специальностям: 3.1.9. — Хирургия (медицинские науки), 3.1.8. — Травматология и ортопедия (медицинские науки), 3.1.12. — Анестезиология и реаниматология (медицинские науки), 3.1.10. — Нейрохирургия (медицинские науки), 3.1.25. — Лучевая диагностика (медицинские науки).

1. РЕДАКЦИОННАЯ ЭТИКА И КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ.

Статья должна иметь визу руководителя и сопровождаться официальным направлением от учреждения (подпись руководителя и гербовая печать учреждения), в котором выполнена работа. В направлении следует указать, является ли статья фрагментом диссертационной работы, научно-исследовательской работы (в этом случае следует указать номер НИР). Работы, поступившие по электронной почте, публикуются в порядке очереди по мере рассмотрения редакцией поступившей корреспонденции и осуществления переписки с авторами.

Статья должна быть подписана всеми авторами.

Нельзя направлять в редакцию работы, опубликованные или ранее направленные для публикации в иных изданиях. При представлении рукописи авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу. При наличии спонсоров авторы должны указать их роль в определении структуры исследования, сборе, анализе и интерпретации данных, а также принятии решения опубликовать полученные результаты. Если источники финансирования не участвовали в подобных действиях, это также следует отметить в прилагаемом бланке направления.

Информированное согласие.

Запрещается публиковать любую информацию, позволяющую идентифицировать больного (указывать его имя, инициалы, номера историй болезни на фотографиях, при составлении письменных описаний и родословных), за исключением тех случаев, когда она представляет большую научную ценность и больной (его родители или опекуны) дал на это информированное письменное согласие. При получении согласия об этом следует сообщать в публикуемой статье.

Права человека и животных.

Если в статье имеется описание экспериментов на человеке, необходимо указать, соответствовали ли они этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке (входящего в состав учреждения, в котором выполнялась работа, или регионального) или Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г. При изложении экспериментов на животных следует указать, соответствовало ли содержание и использование лабораторных животных правилам, принятым в учреждении, рекомендациям национального совета по исследованиям, национальным законам.

Автор несет ответственность за правильность библиографических данных.

2. РЕДАКЦИЯ ОСТАВЛЯЕТ ЗА СОБОЙ ПРАВО СОКРАЩАТЬ И РЕДАКТИРОВАТЬ ПРИНЯТЫЕ РАБОТЫ.

Датой регистрации статьи считается время поступления окончательного (переработанного в соответствии с замечаниями редколлегии или рецензента) варианта статьи.

3. ПЛАТА ЗА ПУБЛИКАЦИЮ РУКОПИСЕЙ НЕ ВЗИМАЕТСЯ.

4. ОТПРАВКА СТАТЕЙ

Авторы присылают материалы, оформленные в соответствии с правилами журнала, по электронной либо обычной почте (192242, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, литер А, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе, редакция журнала «Неотложная хирургия им.И.И. Джанелидзе») или передают лично ответственному секретарю журнала. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается редакционной коллегией журнала после ее рецензирования и обсуждения. Адрес электронной почты редакции журнала: nh@emergency.spb.ru

Для отправки статьи требуется подготовить следующие файлы:

1. Текст статьи в формате Microsoft Word (файл rtf, doc, docx);
2. Рисунки отдельными файлами (все рисунки одной архивной папкой zip или rar), **если они не размещены в тексте статьи**;
3. Отдельный файл с аннотацией **(ТРЕБОВАНИЯ к аннотациям см. в п. 5 настоящих правил)**;
4. Отсканированную форму направления с визой руководителя и гербовой печатью учреждения (файл pdf или jpeg), последнюю страницу текста статьи с подписями всех соавторов (файл pdf или jpeg).

5. ТРЕБОВАНИЯ К АННОТАЦИЯМ

Аннотация — один из ключевых разделов научной статьи. Решение о целесообразности передачи статьи на рецензирование принимается в первую очередь на основании соответствия аннотации следующим требованиям.

1. Аннотация **должна быть структурирована** и включать **пять обязательных разделов**, отражающих хронологический порядок проведения исследования: обоснование, цель, материал и методы, результаты и заключение / выводы (структурированные аннотации более информативны, чем неструктурированные, необходимость структурирования продиктована преимуществами поиска упорядоченной информации в электронных базах данных).

1) **Обоснование**: краткое (1–3 предложения) описание проблемы.
2) **Цель**: предельно конкретное описание главной цели исследования и исследовательского вопроса, решение которого потребовало проведения исследования.
3) **Методы**: а) объекты исследования, б) наличие группы сравнения, в) критерии включения в сравниваемые группы, г) наличие и характеристики вмешательства, д) место проведения исследования, е) продолжительность исследования, ж) оценка результатов, з) описание способов оценки.
4) **Результаты:** краткое описание объектов исследования с оценкой исходов, относящихся к цели.
5) **Заключение:** краткое обобщение результатов, относящихся к главной цели исследования. **Следует избегать чрезмерных обобщений**.

2. В аннотации **НЕ ДОЛЖНЫ присутствовать** торговые наименования средств медицинского назначения.
3. Аннотация оформляется отдельным файлом. Объем до 2500 знаков. Шрифт — Times New Roman.

6. ТРЕБОВАНИЯ К РИСУНКАМ

Рисунки в формате tiff, jpeg или png приводятся в тексте работы (номер и описание расположены под рисунком), а также прикладываются отдельными файлами (все рисунки одной архивной папкой zip или rar). Графики и диаграммы, созданные в форматах офисных приложений (Word, Excel и т.п.) достаточно привести в тексте статьи в том виде как они есть. Графики и диаграммы, созданные в программах векторной графики (Corel, Illustrator и т.п.), необходимо также предоставить в отдельных файлах. Каждый файл назван по номеру рисунка, соответствующему номеру в тексте статьи (например: Рис-1, Рис-2a, Рис-2b и т.д.). Каждый рисунок должен иметь общий заголовок и расшифровку всех сокращений. В подписях к графикам указываются обозначения по осям абсцисс и ординат и единицы измерения, приводятся пояснения по каждой кривой. В подписях к микрофотографиям указываются метод окраски и увеличение. Все иллюстрации должны быть высокого качества. Фотографии должны иметь достаточное разрешение (не менее 2000 пикселей по длинной стороне), а цифровые и буквенные обозначения должны хорошо читаться при том размере, в котором иллюстрация будет напечатана в журнале.

7. ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКСТУ СТАТЬИ

Статья должна быть напечатана шрифтом Times New Roman, размер шрифта 10, интервал 1,15, поля: сверху и снизу по 2 см, по сторонам — 2,25 см. Автоматический перенос слов использовать нельзя.

ОБЪЕМ для оригинальных исследований не должен превышать 20 000, для лекций и обзоров — 30 000 знаков.

СТРУКТУРА и оформление подробно описаны в шаблоне на сайте журнала (http://emerg-surgery.ru/) и на сайте ГБУ НИИ СП им. И.И.Джанелидзе» (https://emergency.spb.ru/manh/manhjournal/) (См.Шаблон)**:** **Обязательными элементами публикации являются:** индекс Универсальной десятичной классификации (УДК) (печатать над названием статьи слева), достаточно подробно отражающий тематику статьи (основные правила индексирования по УДК описаны на сайте http://teacode.com/online/udc/);

название статьи (заглавными буквами на русском и английском языках); инициалы и фамилия автора (соавторов, на русском и английском языках); наименования города, учреждения, кафедры или отдела, где выполнена работа (на русском и английском языках); основная часть (структура оригинальной статьи: введение, цель, материал и методы, результаты, заключение или обсуждение с выводами, литература); затекстовые библиографические ссылки; резюме на русском и английском языках (с переводом фамилии автора, соавторов, названия статьи и ключевых слов) объемом 8–10 строк с включением цели, методов, результатов и выводов исследования; сведения об авторе (фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень, ученое звание, адрес учреждения с почтовым индексом) и контактная информация (телефоны, e-mail) (на русском и английском языках).

Изложение статьи должно быть ясным, сжатым, без длинных исторических введений и повторений. Рукопись может сопровождать словарь терминов (неясных, способных вызвать у читателя затруднения при прочтении). Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, физических, химических и математических величин и терминов (например, ДНК), допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Все вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются. Дозы лекарственных средств, единицы измерения и другие численные величины должны быть указаны в системе СИ.

8. БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ приводятся согласно ГОСТ Р 7.0.5-2008 «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления» и AMA CITATION STYLE GUIDE. Для русскоязычных источников указывать EDN (eLIBRARY Document Number) — код, присваиваемый публикации на платформе eLIBRARY

9. ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Для корреспонденции указать координаты ответственного автора (адрес электронной почты; номер мобильного телефона для редакции).

ОБЯЗАТЕЛЬНО указывать идентификатор ORCID для всех авторов. При отсутствии номера ORCID его необходимо получить, зарегистрировавшись на сайте **https://orcid.org/**.

Посмотреть и скачать шаблоны можно на сайте журнала (http://emerg-surgery.ru/) или на сайте ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» (https://emergency.spb.ru/manh/manhjournal/)

В соответствии с требованиями ВАК редакция журнала Неотложная хирургия подвергает статьи, предлагаемые для публикации, проверке на наличие в них плагиата, то есть неправомерных заимствований, нарушающих авторские права третьих лиц и нормы законодательства о защите интеллектуальной собственности. Согласно существующим требованиям, превышение показателя **85%** заимствований при тестировании контента в программе Антиплагиат является безоговорочным основанием для отказа в публикации статьи.

Статьи, подготовленные без соблюдения вышеизложенных правил, возвращаются авторам без предварительного рассмотрения.

Актуальные правила для авторов уточняйте на сайте журнала http://emerg-surgery.ru/ru/authors и сайте института https://emergency.spb.ru/manh/manh-journal/.