

5. Хунафин С.Н. Желчнокаменная непроходимость кишечника/ С.Н. Хунафин, И.Х. Гаттаров, А.А. Нурмухаметов // Хирургия.- 2002.-№ 4.-С. 57-60.
6. Buljevac M. J. Sonographic diagnosis of gallstone ileus // Ultrasound Med.- 2004.- Vol. 23, № 10.- P. 1395-1398.
7. Graham J.S. Images in clinical medicine. Gallstone ileus // N. Engl. J. Med.- 2004.- Vol. 351, № 11.- p. 1119.
8. Reimann A.J. Atypical cases of gallstone ileus evaluated with multidetector computed tomography // J. Comput. Assist. Tomogr.- 2004.- Vol. 28, № 4.- P. 523-527.
9. Shenoy V.N. Relief of small bowel obstruction following colonoscopy in a case of gallstone ileus // J. Clin. Gastroenterol.- 2000.- Vol. 30, № 3.- P. 326-328.

УДК 616.711-001-06:616.34-007.272]-07:612.339-08

© Б.Ш. Минасов, М.С. Кунатин, А.А. Аксенова

Б.Ш. Минасов, М.С. Кунатин, А.А. Аксенова

ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И ТАЗА, ОСЛОЖНЕННЫМИ ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г.Уфа

Нами проанализированы результаты лечения 148 пациентов, находившихся в травматологических отделениях ГКБ № 13 и БСМП по поводу повреждений позвоночника и таза. Больным проводилось измерение внутрибрюшного давления, которое позволяет выявлять динамическую кишечную непроходимость в первые сутки ее развития и прогнозировать течение раннего травматического периода у данных больных.

Ключевые слова: травмы позвоночника и таза, кишечная непроходимость, внутрибрюшное давление.

B.Sh. Minasov, M.S. Khunafin, A.A. Aksyonova

THE FINDINGS OF INTRAABDOMINAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH SPINAL COLUMN AND PELVIS INJURIES, COMPLICATED WITH DYNAMIC INTESTINAL OBSTRUCTION

Comparative analysis of 148 patients treatment, admitted to the traumatological clinics of Ufa on vertebral and pelvic injuries has been carried out. It is established that the application of the given method of intestinal obstruction within 24 hours of its development and to prognose the early traumatic period of these patients.

Key words: spinal and pelvic injuries, intestinal obstruction, intraabdominal hypertension.

Лечение больных с повреждениями позвоночника и таза представляет собой большую проблему как в травматологии и ортопедии, так и в медицине в целом. Несмотря на современные достижения лечебно-диагностических технологий, анестезиолого-реанимационной службы, летальность при таких повреждениях остается высокой, без тенденции к снижению. В России ежегодно получают различного вида травмы около 12,3 млн. человек. Актуальность проблемы социальной реабилитации в послеоперационном периоде определяется тем, что травматические поражения опорно-двигательного аппарата нарушают не только кинематические, но и локомоторные реакции: подавляют биологические функции, усугубляют парез кишечника, утяжеляют течение большинства заболеваний, декомпенсируют протекание многих процессов, влияющих не только на качество жизни больного, но и на ее продолжительность [2, 3, 4, 5].

Цель исследования: оценить значение показателей внутрибрюшного давления (ВБД) у больных с повреждениями позвоночника и таза, осложненными динамической кишечной непроходимостью.

Материалы и методы

В процессе выполнения работы проанализировано состояние 148 пациентов, находившихся на лечении в клиниках травматологии и ортопедии г.Уфы по поводу повреждений позвоночника и таза, из них 82 человека составили мужчины и 66 - женщины. Возраст больных от 21 года до 75 лет. Все больные разделены на две группы: 1-я - больные с повреждениями позвоночника и таза без динамической кишечной непроходимости (85 больных), 2-я - больные с повреждениями позвоночника и таза, осложненными динамической кишечной непроходимостью (63 больных). Повреждения позвоночника и таза осложняются развитием динамической кишечной непроходимости в 42,6% случаев.

Причинами повреждений позвоночника и таза являлись дорожно-транспортные происшествия (35,1%), падения с высоты (24,3%), травмы в быту (20,3%), умышленные травмы (8,1%), травмы, полученные при прыжке в воду (3,4%), минновзрывная травма (1,4%), 7,4% составили больные, пострадавшие на производстве. По уровню повреждения позвоночника и таза больные распределились следующим образом (см. рисунок).

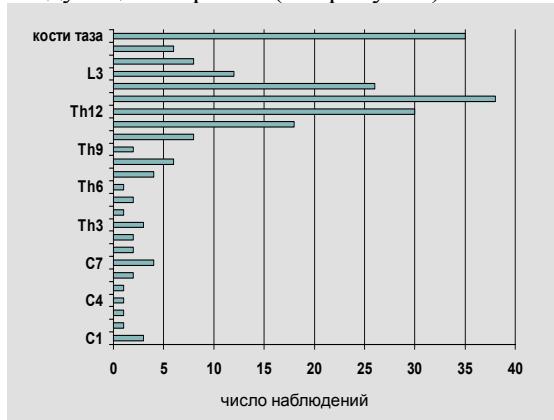


Рис. Распределение больных по уровню повреждения позвоночника

Всем пациентам проводилось общее клиническое обследование, включающее сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни, клинический осмотр, клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования. Лабораторные исследования проводились в момент поступления больного, и на 3, 6, 9 и 14-е сутки от момента травмы.

Инструментальные методы исследования включали в себя обзорную рентгенографию и УЗИ органов брюшной полости, измерение внутрибрюшного давления на 3, 6, 9 и 14-е сутки при развитии динамической кишечной непроходимости. Измерение внутрибрюшного давления проводилось через мочевой пузырь в положении больного лежа на спине [1]. Этот метод является простым и экономически выгодным.

Клиническая эффективность проводимого лечения определялась путем оценки общего состояния и жалоб больных, по срокам появления перистальтики кишечника, отхож-

дению газов, появлению стула, по срокам удаления назогастрального зонда.

Результаты и обсуждение

У больных без динамической кишечной непроходимости при поступлении уровень внутрибрюшного давления в среднем был равен $50,5 \pm 1,8$ мм вод.ст., при развивающейся динамической кишечной непроходимости – $70,5 \pm 2,5$ мм вод.ст. Увеличение внутрибрюшного давления наблюдалось на 3-4-е сутки от момента травмы больного в 1-й группе – $53,2 \pm 3,6$ мм вод.ст., во 2-й – $72,2 \pm 4,3$ мм вод.ст., причем максимальный уровень достигал на 6-7-е сутки в 1-й группе – $55,4 \pm 4,2$ мм вод.ст., во 2-й группе – $108,4 \pm 7,5$ мм вод.ст. На 9-е сутки наблюдалось постепенное снижение показателей в 1-й группе – $54,6 \pm 2,8$ мм вод.ст., во 2-й группе – $84,7 \pm 3,7$ мм вод.ст., на 14-е сутки внутрибрюшное давление составляло в 1-й группе – $47,1 \pm 3,4$ мм вод.ст., во 2-й группе – $64,5 \pm 2,2$ мм вод.ст. ($p < 0,05$).

Контрольную группу составили 16 практически здоровых доноров, среднее значение внутрибрюшного давления которых составило $33,6 \pm 1,9$ мм вод. ст.

Таким образом, показатели внутрибрюшного давления существенно отличались в 1-й и 2-й группах, что позволило на ранних стадиях прогнозировать развитие динамической кишечной непроходимости и провести комплекс мероприятий по профилактике и лечению данного осложнения.

Выходы

1. Травмы позвоночника и таза способствовали развитию динамической кишечной непроходимости у 42,6% нами обследованных больных.

2. Ранняя диагностика осложнений в виде динамической кишечной непроходимости у больных с повреждениями позвоночника и таза возможна при комплексной оценке клинических данных и показателей внутрибрюшного давления в динамике посттравматического периода, что позволяет выявить динамическую кишечную непроходимость в первые сутки ее развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М. Значение синдрома высокого внутрибрюшного давления в хирургической практике / М.М. Абакумов, А.Н. Смоляр // Хирургия.- 2003.- № 12.- С. 66-72.
2. Афунов А.А. Возможности транспедикулярного остеосинтеза при лечении травм грудного и поясничного отделов позвоночника / А.А. Афунов, В.Д. Усиков, А.И. Афунов // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н.Пирогова.- 2004.- № 4.- С. 68-74.
3. Гальперин Ю.М. Парезы, параличи и функциональная непроходимость кишечника.- М.: Медицина, 1975.- 215 с.
4. Котельников Г.П. Организация медико-психологической помощи пациентам с травматиче-

ской болезнью / Г.П. Котельников, С.А. Сухобрус // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н.Пирогова.- 2003.- № 2.- С. 45.

5. Магомедов М.А. Антиоксидантная терапия в лечении послеоперационного пареза кишечника // Хирургия.- 2004.- № 11.- С. 43.

УДК 616.5-001.4-089.43-032:[611.77:615.366]
© А.Х. Турьянов, Р.А. Нуруллин, Т. Р.Мавлютов

А.Х. Турьянов, Р.А. Нуруллин, Т. Р.Мавлютов

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ПОВЯЗОК И СЕЛЕКТИВНОЙ ДЕКОНТАМИНАЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОЖИ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г.Уфа

Изучали непосредственные результаты применения в поликлинических условиях разработанного авторами комплексного метода лечения дефектов кожи различной этиологии. Основа метода – использование ксенотрансплантата до аутодермопластики, селективная деконтаминация кишечника. Метод использован у 135 больных. При сравнении разработанного авторами метода с традиционными подходами к лечению дефектов кожи различной этиологии у 50 сопоставимых больных, показано, что разработанный комплексный метод лечения дефектов кожи на 30% ускоряет положительную динамику планиметрии раны, на 30% сокращает период нагноения раны, почти на половину сокращает время полной эпителилизации раны.

Ключевые слова: амбулаторно-поликлиническая помощь, хирургия, дефекты кожи, ксенотрансплантат, человек, взрослые.

А.Н. Turyanov, R.A. Nurullin, T.R. Mavlutov

RESULTS OF THE COMPLEX TREATMENT OF SKIN DEFECTS IN AMBULANT CLINIC WITH THE USE OF BIO-ACTIVE DRESSINGS AND DIGESTIVE TRACT SELECTIVE DECONTAMINATION

Results of the complex treatment of various aetiology skin defects in ambulant clinic developed by authors have been studied. The method is based on application of xenotransplants and selective decontamination of intestines. The method were used in 135 patients In comparison with conditional approaches in 50 patients. The suggested methods have shown to improve the results and reduce up to 30% the period of wound healing.

Key words: ambulatory care, surgery, skin defects, xenotransplant, human, adult.

При открытой, лишенной кожи ране для заживления патогенетически значимым является потеря адекватной защиты от возбудителей гнойной инфекции. По С.И. Воздвиженскому (1999) у таких больных существует реальная возможность генерализации инфекции и развития сепсиса.

В этой связи особое значение приобретает проблема создания комплекса лечебных мероприятий, способствующих компенсации естественных барьерных функций кожи через раннее закрытие дефектов кожных покровов, предупреждению и лечению микробного загрязнения.

Методом выбора для профилактики инфицирования раневой поверхности при утрате кожного покрова является ранняя некроэктомия. Однако ее осуществление ограничивается недостатком специального оборудования и опыта ведения таких больных специалистами первичного звена здравоохранения. Существенна и проблема дефицита донорских ресурсов кожи.

В этой связи важное значение приобретает разработка способов временного закры-

тия ран новыми материалами. Для субъектов РФ, оказавшихся в техногенных чрезвычайных ситуациях, актуально наличие запаса покровных материалов для обеспечения служб медицины катастроф при массовых поступлениях пострадавших.

Материал и методы

Настоящее исследование проводилось в два этапа. На первом этапе нами было проведено экспериментальное испытание токсикологических и аллергенных свойств разработанного и предложенного нами нового материала «Ксенотрансплантат» на лабораторных животных в ЦНИЛ БГМУ. Как показали исследования, ксеноматериал не оказывает токсического влияния на клетки дермы. Более того, его применение стимулировало регенеративные процессы. По результатам испытаний ксеноматериал был рекомендован к применению в клинической практике.

На втором этапе (1999-2006 гг.), после утверждения фармкомитетом (Приказ № 3 от 23.02.89 г. Госкомитета по новой науке и технике МЗ СССР) трансплантат в качестве биологически активной повязки (БАП), изготовлен-