

3 – 4ФК HBVL-бассейнов составляет от 4 до 19,2 %. У больных истинными ТААА (в этиологии заболевания преобладал атеросклероз) имеется преимущество 3 – 4ФК Н и В бассейнов, в сравнении со всеми пациентами ($t = 2,19, p = 0,03$ и $t = 2,06, p = 0,04$ соответственно). При оценке больных ТААА лишь с учетом клинико-функционального принципа (оригинальная классификация 1992 г.) мы получили достоверно меньшие показатели в Н и V бассейнах, что подтверждает правильность нашего подхода.

ВЫВОДЫ

Предлагаемая функционально-анатомическая HBVL-классификация окклюзирующих поражений артериальной системы позволяет более наглядно оценить состояние артериального русла, выработать оптимальную тактику лечения, оценить объем и очередность реваскуляризации пораженных бассейнов у больных торакоабдоминальными аневризмами аорты, проводить динамическую оценку в до- и послеоперационном периоде.

Д.С. Бердников, Д.Э. Здзитовецкий, Р.Н. Борисов

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА АБДОМИНАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

МУЗ «Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича» (г. Красноярск)

Одним из грозных осложнений при сочетанной травме является синдром абдоминальной компрессии. Патологические сдвиги, возникающие при остром и чрезмерном повышении внутрибрюшного давления, проявляются нарушениями сердечно-сосудистой системы, дыхания, мочеиспускания, расстройствами перфузии внутренних органов и развитием ишемии кишечника. Ишемические нарушения спланхической зоны чреваты усугублением воспалительной реакции, повышению проницаемости кишечника с развитием бактериальной транслокации, что может играть роль в развитии синдрома системного воспалительного ответа и полиорганной недостаточности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами разработан метод профилактики синдрома абдоминальной компрессии, заключающийся в следующем: между петлями кишечника и передней брюшной стенкой в зоне лапаротомной раны укладывается многослойная пористая матрица — прокладка (интерпонент) с захождением под края раны не менее 10 см. Матрица представлена многослойной целлюлозной полупроницаемой мембраной с величиной пор до 3 нм, проницаемая для воды и других веществ с молекулярной массой до 15 дальтон. Затем накладываются редкие противозвентрационные швы через все слои передней брюшной стенки. Между краями раны укладывается второй слой пористого интерпонента. Швами края лапаротомной раны сближаются с диастазом до 6 – 8 см. Лапаротомная рана и мембранное покрытие закрываются многослойной асептической марлевой салфеткой, смоченной в 0,2% растворе хлоргексидина. Повязка меняется через 24 часа.

Внутрибрюшное давление измеряется непрямым методом, через катетер Фолея. Мочевой пузырь служит пассивной диафрагмой, и внутрибрюшное давление не повышается при объеме 50 – 100 мл. Для мониторинга внутрибрюшного давления измерения проводится каждые 3 часа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данная методика была нами применена у пяти больных с закрытой травмой живота, в возрасте от 25 до 62 лет, находившихся на лечении в ГКБ № 6 в 2006 году. У троих пациентов при первичной операции были выявлены разрывы внутренних органов, множественные гематомы брыжейки и забрюшинного пространства. Для предотвращения развития компартмент синдрома первичная операция была завершена лапаростомой по предложенному нами способу. Двое пациентов были оперированы повторно, с целью хирургической декомпрессии, так как в послеоперационном периоде длительно сохранялся парез кишечника, что привело к росту внутрибрюшного давления до критических цифр — 35 мм. рт. ст. и более. После наложения лапаростомы парез кишечника удавалось купировать не позднее 48 – 72 часов, после чего лапаростома была закрыта. Предупреждение роста внутрибрюшного давления позволило сократить время ИВЛ — все пациенты были экстубированы не позднее, чем через 10 часов после наложения лапаростомы. Срок пребывания в стационаре сократился в среднем на 3 суток. Данная методика имеет ряд преимуществ, но нуждается в доработке и оптимизации технического решения.