

*Медицинские науки***АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
С ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ  
КИШЕЧНИКА**

Хунафин С.Н., Гаттаров И.Х., Ахмеров Д.Р.,  
Нургаллин Р.С., Бикметов А.Ф., Кунафин А.С.

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный  
медицинский университет Росздрава», Уфа;  
МУ ГКБ № 18, Уфа, e-mail: interord@mail.ru*

Диагностика и организация своевременной медицинской помощи больным с острой непроходимостью кишечника остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии.

По данным ряда авторов диагностические, тактические ошибки, допускаемые врачами скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе во многом определяют развитие тяжелых осложнений, задержку их госпитализации в хирургические стационары, увеличение летальности и сроков лечения. Анализ результатов лечения 263 больных с острой непроходимостью кишечника, которые находились в хирургическом отделении больницы № 18 г. Уфы показал, что каждый пятый больной был доставлен в стационар с такими диагнозами как острый живот, острый гастрит, острый панкреатит, хронический запор и т.д. Надо отметить, что к 6% больным врачи выезжали повторно. Больше всего диагностические ошибки допускались при наличии у больных низкой непроходимости кишечника, в основном при obturatorной форме непроходимости на основе брышинных спаек терминального отдела тонкой кишки, когда у больных отсутствуют основные симптомы болезни: схваткообразные боли, рвота. В результате постепенного заполнения кишечным химусом тонкой кишки рвота наступает на вторые сутки заболевания и поэтому диагноз устанавливается с опозданием. При странгуляционных формах непроходимости кишечника, как правило, заболевание диагностируется своевременно и диагностические ошибки на догоспитальном этапе невелики, поскольку клинические симптомы болезни выражены интенсивно и заболевание протекает бурно с клиникой шока и гемодинамических нарушений.

Из 263 оперированных больных с острой непроходимостью кишечника, у 97 установлен распространенный перитонит, с различной степенью тяжести течения и нарушений моторной функции кишечника. У 24 больных был распространенный гнойный перитонит, у 73 – серозный и серозно-геморрагический.

С целью декомпрессии и удаления токсического содержимого кишечника на операции, использовались жесткие полихлорвиниловые зонды. С учетом повышения механической

очистки полости тонкой кишки, при оперативном вмешательстве у 23 больных закрытая декомпрессия проводилась с использованием зонда нашей разработки (патент на изобретение РФ № 2140299), при этом эвакуировалось в среднем от 900 до 4200 мл застойного кишечного содержимого. Эффективным оказался зонд и в тех случаях, когда имелись трудности, связанные с проведением других зондов в просвет тонкой кишки через желудок и изгиб двенадцатиперстной, из-за наличия спаек в этой зоне.

У всех больных операция завершалась инфльтрацией корня тонкой кишки 0,25% раствором новокаина и для профилактики брышинных спаек в брюшную полость вводили 120 мг гидрокортизона на 150 мл новокаина.

Проводимая со 2-3 суток после операции, общепринятая стимуляция кишечника (52 больных – сравниваемая группа), заключалась во внутривенном вливании коррегирующих растворов, инъекции прозерина, отсасывания желудочного содержимого и применения гипертонических клизм. Как дополнительные мероприятия использовались паранефральные блокады, перидуральная анестезия.

В основной группе (45) больных в комплексном лечении применяли стимуляцию кишечника звуковыми волнами (прибор-аропак-536).

В основной группе больных, в сравнении с традиционным лечением, перистальтические шумы выслушивались в более ранние сроки, (соответственно –  $5 \pm 1,2$  часов,  $8 \pm 2,3$  часов), а также наблюдалось более раннее отхождение газов и стула (соответственно –  $24 \pm 4,8$  часа,  $48 \pm 3$  часов и  $48 \pm 7,2$  часов,  $72 \pm 6,5$  часа).

Из 97 больных с острой кишечной непроходимостью осложненной распространенным перитонитом умерло 4 (4,1%) больных. Причиной смерти были: тромбоэмболия легочной артерии (1), острая сердечно-сосудистая недостаточность (2), эндотоксикоз и полиорганная недостаточность на фоне некупирующегося перитонита (1).

Таким образом, нарушения моторики кишечника в раннем послеоперационном периоде являются характерными проявлениями распространенного перитонита, могут протекать в форме преходящего ослабления двигательной функции желудочно-кишечного тракта, или как парез и паралитическая кишечная непроходимость. Проведение комплексного лечения с применением звуковой стимуляции благоприятно влияет на моторную функцию желудочно-кишечного тракта, улучшает артериальный кровоток в брыжеечных сосудах и интрамуральное кровообращение кишечника, способствует раннему восстановлению его перистальтики, является эффективным методом профилактики и лечения послеоперационных парезов. В целях

улучшения диагностика больных с острой непроходимостью кишечника необходимо повышение квалификации врачей скорой медицинской помощи.

Работа представлена на Международную научную конференцию «Дидактика и компетентность в профессиональной деятельности преподавателя медицинского вуза и колледжа», Россия (Москва), 16-17 марта 2011 г. Поступила в редакцию 21.01.2011.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО  
ОБЪЕМА ИНФУЗИОННОЙ  
ТЕРАПИИ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ  
ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В ЛЕЧЕНИИ  
ОЖОГОВ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ  
ЭВАКУАЦИИ**

Хунафин С.Н., Зинатуллин Р.М.,  
Мухаметзянов А.М., Гизатуллин Т.Р.,  
Хатмуллина К.Р.

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный  
медицинский университет Росздрава» РФ;  
МУ ГКБ № 18, Уфа, e-mail: interord@mail.ru*

Определение оптимального объема и качественного состава инфузионных сред особенно при массовом поступлении необходимо для осуществления преемственности в лечении обширных ожоговых ран. Необходимость инфузионной терапии появляется при ожогах площадью 10% у детей, 15% – у взрослых.

В результате массивного перемещения жидкости из внутрисосудистого пространства во внесосудистое и экссудации её через поврежденную кожу развивается гиповолемия, которая наиболее интенсивно происходит в первые часы получения ожоговой травмы.

При ожогах испарение воды через поврежденную кожу значительно возрастает. Этому не препятствует наличие ожогового струпа. Испарение воды через ожоговый струп в 16–20 раз превышает норму. У больных с ожогами 50% поверхности тела потеря кожного покрова ведет к испарению жидкости до 350 мл/час. Испарение воды с поверхности гранулирующей раны в период септикотоксемии составляет 30 мг/см<sup>2</sup>/ч.

Алгоритм оказания неотложной медицинской помощи является основой для дальнейшего их лечения. Однако, врачами скорой медицинской помощи реально осуществляется только введение обезболивающих средств и транспортировка обожженных в хирургические стационары. Задержка госпитализации ведет к нарастанию гемоконцентрации уже в первые часы после получения травмы. В таких случаях при наличии обширных ожогов идеальным является проведение инфузионной терапии на догоспитальном этапе, что патогенетически обосновано в профилактике тяжелых обменных

расстройств. Предложено множество схем расчета использования коллоидных и кристаллоидных растворов для лечения ожоговых больных. В этих формулах и схемах учитываются общая площадь ожога, масса тела пациента, индекс тяжести поражения и другие показатели, общей характеристикой также является применение нижеизложенных формул в первые и вторые сутки ожогового шока.

**Целью исследования** была разработка оптимального объема и качественного состава инфузионной терапии и использование их на догоспитальном и госпитальном этапах в лечении обожженных. Нами разработана формула расчета объема инфузионной терапии при ожогах с учетом площади ран, физиологические потребности организма и патологические потери в течении суток и коэффициент тяжести в различные периоды ожоговой болезни.

Формула предлагаемого способа выглядит следующим образом:

$$V = K \cdot \text{ПОП} + \text{ФП} + \text{ПП},$$

где V – объем инфузионной терапии в мл; K – коэффициент тяжести ожоговой болезни (0,5; 1,0; 1,5); ФП – физиологические потребности в мл; ПП – патологические потери жидкости в мл (патент РФ № 2349323).

Оценка тяжести ожоговой болезни или коэффициент K учитывает площадь, глубину ожога, тяжесть ожогового шока (легкий 0,5, тяжелый 1,0, крайне тяжелый 1,5). Учитывая испарение с поверхности гранулирующих ран 0,5 мл/см<sup>2</sup> в период септикотоксемии и объем кровопотери с донорских ран 0,5 мл/см<sup>2</sup> расчет инфузионной терапии будут соответствовать:

$$V = K \cdot \text{ПОП} + \text{ФП} + \text{ПП},$$

где K (0,5) – коэффициент тяжести поражения при ожоговой травме в период ожоговой токсемии и септикотоксемии, – площадь ожоговой поверхности (поверхность гранулирующих и донорских ран).

Отличительной особенностью предлагаемого метода расчета инфузионной терапии при ожоговой травме является учет коэффициента (K – 0,5; 1,0; 1,5;) в см<sup>2</sup>, а не в % ожоговой поверхности. При этом качественный состав инфузионных сред и скорость инфузии не претерпевают существенных изменений.

За последние три года в республиканском ожоговом центре на базе МУ ГКБ № 18 г. Уфы инфузионная терапия, предложенным способом выполнялась 70 больным. Эффективность использования предложенного способа была подтверждена при проведении инфузии на догоспитальном этапе больным с термическими ожогами при транспортировке их в ожоговое отделение. Объем вводимой жидкости в процессе транспортировки в среднем составлял 700 мл. В дальнейшем отмечено уменьшение степени