

ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЗМА У РАБОТНИКОВ НЕФТЕГАЗОВОЙ ОТРАСЛИ

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

Бакирский государственный медицинский университет

В условиях Крайнего Севера у работников нефтегазовых промыслов травматизм труднее диагностируется и лечение сочетанных травм не всегда приносит желаемых результатов. Урбанизация общества, рост скоростей, психоэмоциональные перегрузки привели к резкому возрастанию удельного веса сочетанной травмы. В Российской Федерации ежегодно получают различного вида травмы около 12,3 млн. человек.

Высотное строительство, уровень развития промышленного производства и транспорта, в сочетании с огромными психоэмоциональными перегрузками привела к резкому возрастанию сочетанной травмы. Этот вид патологии связан с трудностями диагностики и лечения, частыми неблагоприятными исходами осложнений: массивными кровопотерями, полиорганной недостаточностью.

Нами проанализировано 109 пациентов находившихся на лечении в ГКБ№13 и БСМП г.Уфы. Необходимо отметить, что все больные были рабочими нефтегазовых предприятий. Уровень травматизма повышался в весенне-летний и осенне-зимний период

Всем больным в момент поступления, на 3,6,9,14 сутки проводилось исследование показателей перекисного окисления липидов путем определения хемилюминесценции плазмы крови.

Хемилюминесценция - ценный показатель функционального состояния фагоцитов крови и тканей, их способности производить при необходимости активные формы кислорода, т.е. выполнять свою защитную функцию.

Все больные были разделены на 2 группы:

Первую группу составили 59 пациентов, работающих на нефтегазовых предприятиях г. Уфы.

Вторую группу составили 50 пациентов, работающих на нефтегазовых предприятиях Крайнего Севера (т.е. работающих вахтовым методом).

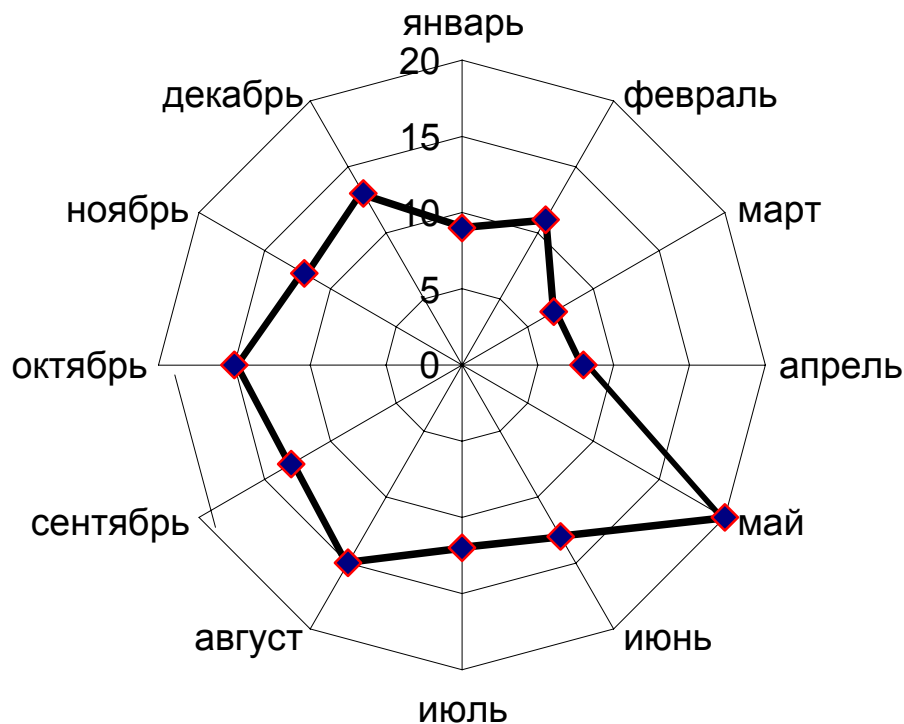


Рисунок 1. Частота поступления больных с сочетанными повреждениями в зависимости от времени года

При изучении хемилюминесценции плазмы крови у 1 группы: (отн.ед.) в момент поступления максимальная интенсивность свечения составляла $4,7 \pm 0,7^*$, угол нарастания свечения $38,6 \pm 1,8^{**}$, светосумма свечения $15,4 \pm 1,0^*$, спонтанное свечение плазмы $3,5 \pm 0,4$, амплитуда быстрой вспышки $7,1 \pm 0,8^*$. На 14 сутки- максимальная интенсивность свечения составляла $7,2 \pm 0,9$, угол нарастания свечения $50,4 \pm 2,2^*$, светосумма свечения $21,9 \pm 1,8$, спонтанное свечение плазмы $3,3 \pm 0,3$ амплитуда быстрой вспышки $8,6 \pm 0,9^*$ (где $*p < 0,05$; $**p < 0,01$).

У 2 группы: (отн.ед.) в момент поступления максимальная интенсивность свечения составляла $3,6 \pm 0,6^*$, угол нарастания свечения $35,4 \pm 1,2^{**}$, светосумма свечения $17,6 \pm 1,4^*$, спонтанное свечение плазмы $4,1 \pm 0,6$, амплитуда быстрой вспышки $7,8 \pm 0,7^*$. На 14 сутки - максимальная интенсивность свечения

составляла $6,1 \pm 1,3$, угол нарастания свечения $47,7 \pm 2,1^*$, светосумма свечения $22,5 \pm 1,6$, спонтанное свечение плазмы $4,4 \pm 0,2$ амплитуда быстрой вспышки $10,2 \pm 1,2^*$ (где $*p < 0,05$; $**p < 0,01$).

При средних значениях доноров: (отн. ед.) максимальная интенсивность свечения составляла $7,6 \pm 0,6$, угол нарастания свечения $81,3 \pm 4,5$, светосумма свечения $24,1 \pm 1,8$, спонтанное свечение плазмы $3,4 \pm 0,3$, амплитуда быстрой вспышки $12,7 \pm 1,1$.

У больных во 2-й группе отмечается увеличение светосуммы свечения, спонтанного свечения плазмы и амплитуды быстрой вспышки. Степень выраженности изменений хемилюминесценции плазмы крови зависела от тяжести полученной травмы и развития осложнений.

На основании полученных данных, можно сделать вывод, что у больных работающих вахтовым методом период восстановления длится дольше; больше осложнений: пневмоний, дольше протекает динамическая кишечная непроходимость, увеличивается длительность пребывания больного в стационаре.

С целью коррекции выявленных нарушений процессов перекисного окисления липидов больным в комплекс лечения включали антиоксидантные препараты (мексидол), что позволило ускорить выздоровление больных и снизить число осложнений на 14%. Таким образом - показатели хемилюминесценции служат достоверным критерием для оценки состояния перекисного окисления липидов, прогнозируется тяжесть течения полученных травм и возможных осложнениях;

- применение антиоксидантов, в комплексном лечении больных во 2 группе значительно улучшает результат лечения.

Литература

1. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость: Руководство для врачей. // СПб.-Питер.-1999.-443 с.
2. Кащенко Л.Г. Оценка регионарных микроциркуляторных нарушений при острой кишечной непроходимости и их регуляция. // Автореф. дис. к.м.н.- Харьков.-1989.-С.168.

3. Магомедов М.А. Антиоксидантная терапия в лечении послеоперационного пареза кишечника/ М.А.Магомедов//Хирургия.-2004.-№11.- С.43-45.
4. Минасов Б.Ш. Патология опорно-двигательной системы в современном обществе (влияние факторов урбанизации на популяционные, экосистемные и биогеоценотические уровни организации жизни)/ Б.Ш.Минасов//Здравоохранение Башкортостана. Спец. выпуск.-2004.- №6.-С.5-6.
5. Мирхайдаров А.Р. Клинико–экспериментальное исследование хемилюминисценции крови и мочи при шоке, вызванной массивной кровопотерей: Дис. канд. мед. наук: 14.00.27/БГМУ-1997. -Уфа.-114с.
6. Общие вопросы оказания медицинской помощи при сочетанной травме/А.С.Ермолов, М.М.Абакумов, В.А.Соколов и др.//Хирургия.-2003.-№12.- С.7-11.
7. Сочетанная травма живота и таза /М.И.Бокарев, А.Б.Молитвословов, С.В.Сергеев и др.//Хирургия.-2004.-№10.-С.50-53.
8. Фархутдинов Р.Р., Лиховских В.А. Хемилюминесцентные методы исследования СРО в биологии и медицине. - Уфа. - 1995. - 87 с.
9. Holmdahl L., Risberg B. Adhesions: prevention and complications in general surgery. // Eur.J.Surg.-1997.- Vol.163.-№ 3.-P.169-174.
10. Linthoudt H., Filez L., Pelemans W. Acute intestinal obstruction in an elderly patient. // Tijdschr.Gerontol.Geriatr.-1996.-Vol.27.-№ 6.-P.255-257.