

Не менее важной в практическом отношении является лечебно-тактическая классификация сочетанных повреждений груди, приведенная в таблице 1. В ее основу положен принцип определения доминирующего повреждения, а также сроков и очередности выполнения отдельных оперативных вмешательств. Экстренные операции производятся в неотложном порядке, имеют реанимационный характер и направлены на устранение жизнеугрожающих нарушений и состояний у всех категорий пострадавших при любом, в т.ч. неблагоприятном, прогнозе в течение первых нескольких часов после травмы. Отсрочка таких вмешательств может быстро привести к фатальному исходу. Срочные вмешательства выполняют после стабилизации витальных функций и выведения из шока в течение первых суток после травмы пострадавшим с сомнительным и благоприятным прогнозом. Отсроченные операции осуществляют в более поздние сроки в плановом порядке.

Предлагаемые нами морфо-функциональная и лечебно-тактическая классификации механических повреждений груди существенно дополняют традиционные, не только дают возможность правильно и полно формулировать диагноз и определять наиболее рациональную тактику хирургического лечения пострадавших с изолированными и сочетанными травмами, но и предоставляют комплекс надежных критериев для научного обобщения результатов клинических исследований.

Е.Э. Тюрюмина, В.А. Шантуров, Е.А. Чижова, А.Б. Мальцев, Р.Р. Гумеров

ДИАГНОСТИКА И МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ ПЕЧЕНИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ

НЦ ВВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)

Нами проанализированы результаты диагностики и лечения 107 больных в возрасте от 14 до 73 лет (средний возраст — $43,5 \pm 6,7$, М/Ж — 74/33) с посттравматическими повреждениями печени различного генеза (тупая травма живота — 44, колото-резаные ранения — 35, абдоминальные операции — 28). Ультрасонографию выполняли на ультразвуковых сканирующих комплексах «ALOKA SSD 4000» и «LOGIC 700 pro» с использованием мультисекторных датчиков. Мы не рассматривали пациентов с травматическими повреждениями печени малых размеров, т.к. у них применялось консервативное лечение под динамическим УСГ-контролем. Размеры травматического очага были средние (11 — 80 мл) у 53 больных, большие (81 — 600 мл) — у 50, гигантские (> 200 мл) — у 4. У 52 пациентов с внутripеченочными поражениями диагностированы гематомы, у 34 — гемобилемы и у 21 — билемы. Повреждения располагались интрапаренхиматозно у 87 пациентов, субкапсулярно — у 20. В 28 наблюдениях гематомы и гемобилемы развивались по асептическому («классическому») пути. Достоверные отличия в эволюции инфицированных гемобилем (n = 26) и гематом (n = 32) появлялись со второй недели, когда хаотично расположенные гипозоногенные очаги начинали сливаться в единое образование округлой формы с четкими контурами и тенденцией к распространению на весь участок поражения (стадия «бактериального лизиса сгустка»). К 14 — 15 дню по периферии начиналось формирование капсулы (стадия «инкапсуляции»). В 10 наблюдениях внутripеченочные билемы были асептическими, в 11 — инфицированными. Для оценки эффективности малоинвазивного лечения была выделена подгруппа больных (8 человек), которым пункции и дренирования не проводились, хотя были показаны. Малоинвазивное лечение гематом и гемобилем осуществлялось в «гемолитическую» стадию или стадию «бактериального лизиса». У пациентов с гематомами и гемобилемами однократной пункцией лечение завершено в 23 наблюдениях, двукратной — в 5 случаях, троекратной — в 2 наблюдениях, в 48 наблюдениях проведено дренирование, в 12 — после неэффективных пункций. Больным с внутripеченочными билемами пункция выполнена в 14 случаях, в 10 — дренирование, у 3 — после неэффективных пункций. Из полости травматического очага эвакуировано от 3 до 1000 мл различного содержимого, в 69 случаях - инфицированного (преобладали грамм-негативные аэробы). Средняя продолжительность дренирования гематом составила $20,5 \pm 18$, гемобилем — $15,3 \pm 2,0$, билем — $6,3 \pm 1,2$ дней. Наименее эффективно эвакуация жидкости происходила из гематом, более полное опорожнение отмечено при гемобилемах, полное устранение жидкостного содержимого происходило при билемах. Контракция травматической полости была менее эффективной при наличии микробной флоры. Объем внутripеченочных образований после малоинвазивного лечения составлял $6,3 \pm 1,8$ % от исходных размеров. У 8 больных, которым минимизированные вмешательства не применялись, объем травматического очага составлял $65,3 \pm 14,3$ % (в среднем $154,0 \pm 93,4$ мл).

Среди больных, подвергшихся минимизированному вмешательству, было оперировано два пациента: один — после неэффективного дренирования инфицированной гемобилемы, содержащей крупный тканевой секвестр, другой — вследствие рецидива кровотечения после дренирования гигантской субкапсулярной гематомы в стадии «свежего кровоизлияния». Таким образом, использование ультрасонографии позволяет диагностировать характер, эволюцию и признаки инфицированности повреждения печени. Своевременно прове-

денное малоинвазивное лечение способствует эффективной контракции посттравматических повреждений, препятствует их абсцедированию и позволяет добиться скорейшего наступления репаративных процессов.

В.В. Убиенных, Э.Л. Шапошник, М.П. Семькин, А.Д. Бевзюк, Н.В. Убиенных

ПРИМЕНЕНИЕ ФРАКСИПАРИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*ГОУ ВПО ДГМУ (г. Хабаровск)
Хабаровская больница ФГУ ДВОМЦ Росздрава (г. Хабаровск)*

Тромбоэмболические осложнения (ТЭО) — бич современной хирургии. Так, в США и Европе частота тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) составляет до 70 случаев на 100 тысяч населения

У каждого оперированного больного существует гипотетическая опасность развития ТЭО, особенно при наличии факторов риска: это возраст старше 60 лет, наличие варикозного расширения вен, заболевания сердечно-сосудистой системы, злокачественные опухоли, ожирение, прием эстрогенов в анамнезе и длительность операции более 2-х часов.

Большое значение в решении проблемы ТЭО уделяется вопросам профилактики. Спектр профилактических мероприятий достаточно широк, но наиболее перспективным направлением признано назначение низкомолекулярных гепаринов в комбинации с методами неспецифической профилактики. Во всем мире профилактика ТЭО осуществляется низкомолекулярными гепаринами. Так, в Европе используется преимущественно фраксипарин. Опасность развития кровотечений при приеме фраксипарина — минимальна (в три раза меньше, чем при приеме обычного гепарина). Профилактическое применение фраксипарина не требует тщательного лабораторного контроля показателей свертывающей системы крови. Достаточно провести подсчет числа тромбоцитов до начала лечения и в последующем контролировать их один или два раза в неделю. Одной из причин недостаточного использования фраксипарина объясняется тем, что значительное число врачей, считает его слишком дорогостоящим.

В Хабаровской больнице ФГУ ДВОМЦ Росздрава в течение последних пяти лет для профилактики ТЭО широко применяется фраксипарин как до операции, так и в послеоперационном периоде. В качестве примера приводим несколько наблюдений. Женщины 67 и 80 лет поступили в разные сроки в хирургическое отделение по поводу обострения хронического тромбофлебита подкожных вен нижних конечностей. После проведенного противовоспалительного лечения этим больным произведена операция — комбинированная сафенэктомиа. После операции назначались инъекции фраксипарина 0,3 мл подкожно в течение 10 дней. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось.

Больная Т. 56 лет поступила в хирургическое отделение с диагнозом: огромная невправимая вентральная грыжа, осложненная хронической спаечной кишечной непроходимостью. Сопутствующая патология: ИБС, мерцательная аритмия (тахисистолическая форма), стенокардия напряжения III ф. класс, ХССН II Б ф. класс III, гипертоническая болезнь III ст., риск IV, ожирение III стадия (вес более 120 кг). Варикозное расширение вен нижних конечностей, ХВН — II ст.

После проведенной предоперационной подготовки, больной произведена операция — грыжесечение, резекция 80 см тонкой кишки, (последняя, находясь в грыжевом мешке, была флегмонозно изменена, что подтверждено гистологическим исследованием), с анастомозом бок в бок, пластика грыжевых ворот местными тканями, дренирование брюшной полости. Оперативное вмешательство длилось более четырех часов. С целью профилактики ТЭО, больная до и после операции получала инъекции фраксипарина. Больным пожилого и старческого возраста с огромными послеоперационными вентральными грыжами, с высоким риском ТЭО, до и после операции, назначались инъекции фраксипарина. Ни в одном случае ТЭО не наблюдалось

Двое пациентов, с обширной онкологической патологией, госпитализированы для оперативного лечения. У мужчины 50 лет диагностирован рак слепой кишки с прорастанием в переднюю брюшную стенку и у женщины — рак желудка с прорастанием в поперечно-ободочную кишку. Этим больным произведены радикальные операции: в первом случае правосторонняя гемиколэктомия с резекцией участка передней брюшной стенки и, во втором случае — субтотальная резекция желудка, с резекцией участка поперечно-ободочной кишки. Длительность операций составила около 5-ти часов. В послеоперационном периоде применялись инъекции фраксипарина, благодаря чему удалось избежать грозных ТЭО.

Выводы

1. Применение фраксипарина у больных с высокой степенью риска ТЭО и перенесших тяжелые, длительные по времени оперативные вмешательства, позволяет предупредить грозные тромбоэмболические осложнения.