

6. Применительно к физиологическим системам, функции которых нарушаются в процессе развития осложнений.

7. Обусловленные частично или полностью сопутствующими заболеваниями, например, нагноения у больных сахарным диабетом.

Перечень принципов классификации может быть продолжен при детализации и появлении новых знаний природы осложнений.

Основными патогенетическими факторами большинства осложнений у пострадавших с множественной и сочетанной травмой, сопровождающейся шоком, являются: нарушения иммунитета, кровопотеря, сам комплекс повреждений и особенно их запоздалая диагностика, нарушения трофики тканей (особенно поврежденных непосредственно, а также в результате гипоксии), нарушения агрегатного состояния крови и энергетики клеток, несовершенство методов лечения, во многих случаях — нерациональная хирургическая тактика в остром и раннем периодах ТБ.

Из этого, далеко не полного, перечня отчетливо видна патогенетически обоснованная множественность факторов, приводящих к развитию осложнений сочетанной травмы, взаимосвязь и взаимозависимость между ними.

Из всего вышесказанного следует, что при тяжелом течении травматической болезни отдельные осложнения или последовательное их возникновение обусловлены патогенетически. Выделение группы патогенетических осложнений ТБ мы считаем чрезвычайно важным, поскольку такая позиция позволяет прогнозировать вероятность их развития, и в этом направлении уже сделан ряд существенных шагов. По мере обогащения наших знаний о патогенезе раннего и последующих периодов ТБ к группе патогенетически обусловленных осложнений будет относиться все большее количество осложнений ТБ, ранее считавшихся непредсказуемыми, что, несомненно, должно способствовать улучшению исходов ТБ. Например, применительно к ятрогенным осложнениям следует отметить, что в ряде случаев выбор лечебных мероприятий детерминирован тяжестью и характером повреждений. В таких случаях ятрогенные осложнения также могут быть прогнозируемыми.

Е.В. Шепичев, К.П. Топалов

ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ

**ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» (г. Хабаровск)
ГОУ ПДО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» (г. Хабаровск)**

Торакোабдоминальные ранения (ТАР) относятся к числу тяжелых как по степени повреждений в грудной и брюшной полости, так и по применяемому оперативному лечению, травматичность которого зачастую серьезнее первичного ранящего фактора. Нередко быстро нарастающая тяжесть состояния обуславливает затруднения при выборе адекватного оперативного доступа. Обобщен 40-летний опыт лечения ТАР в хирургическом торакальном отделении ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им проф. С.И. Сергеева» г. Хабаровска. Проведено ретроспективное исследование 528 пострадавших с ТАР. Для сравнительного анализа рассмотрены два периода: 1967 — 1985 гг. — становление отделения, освоение практических навыков хирургической помощи при торакоабдоминальных ранениях (188 случаев с летальностью $10,64 \pm 2,25$ %); 1986 — 2006 гг. (340 пострадавших с летальностью $2,94 \pm 0,92$ %). Повреждения внутренних органов отличались разнообразием — один орган был поврежден у $46,7 \pm 3,8$ % пациентов (чаще всего легкое или печень). В $31,9 \pm 3,1$ % случаях пострадавшие имели повреждение двух органов. Повреждения трех и более органов были отмечены у $3,7 \pm 1,1$ % пациентов; изолированные ранения диафрагмы имели место в $17,6 \pm 2,3$ % случаев.

Хирургическому лечению было подвергнуто 522 пострадавших (98,9 %), пятеро пациентов были доставлены сотрудниками регионального центра медицины катастроф из районных больниц, где они были прооперированы «на месте». Одна пациентка была доставлена в клинику в критическом терминальном состоянии и умерла через 25 минут от некупируемого геморрагического шока. Осложнения в послеоперационном периоде развились у 78 пациентов ($14,9 \pm 1,6$ %).

Нами выделены две группы пострадавших с ТАР. В первой группе пострадавшие были оперированы торакодиафрагмальным доступом (за 1986 — 2006 гг. была выполнена 131 торакодиафрагмотомия с 5 летальными исходами, 17 осложнений — $12,98 \pm 2,94$ %). Вторая группа представлена 172 пострадавшими, они подверглись вначале торакотомии, затем лапаротомии, умерло 4 человека, 30 осложнений ($17,44 \pm 2,89$ %). Критерий Стьюдента в этих двух группах составил 1,08.

При оказании медицинской помощи всем пострадавшим с ТАР мы придерживаемся следующего алгоритма:

1. Оценка общего статуса, гемодинамики, выявление доминирующего синдрома повреждений.
2. При удовлетворительной гемодинамике — рентгенография груди и живота в положении пациента стоя, УЗИ брюшной полости, плевральных полостей, сердца.
3. Выбор оптимального доступа в зависимости от выраженности патологических изменений (торакотомия, лапаротомия); при торакодиафрагмотомии после устранения повреждений в грудной полости — ревизия брюшной полости, при отсутствии признаков повреждения брюшных органов — дренирование поддиафрагмального пространства с последующим динамическим мониторингом (УЗИ брюшной полости, лапароскопия по показаниям); при выявленной травме внутренних органов — оперативное пособие в зависимости от выявленного повреждения; переход к лапаротомии целесообразен при наличии массивного гемоперитонеума, невозможности обеспечить адекватную ревизию органов брюшной полости.

Такая тактика оказания медицинской помощи позволила нам в значительной степени улучшить результаты хирургического лечения, повысить качество жизни пациентов в раннем и отдаленном периодах, сократить сроки реабилитации пострадавшим с торакоабдоминальными ранениями.

В.В Шимко, О.П.Симонова

СВЕТОДИОДНАЯ ФОТОТЕРАПИЯ – ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Благовещенск)

Хирургическая инфекция мягких тканей является ведущей патологией в структуре первичной обращаемости хирургических больных в амбулаторно-поликлиническом звене. Несмотря на значительные достижения в хирургии и иммунологии, процент больных данного профиля остается высоким. Как правило, это люди трудоспособного возраста. Схемы и методики лечения гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки весьма разнообразны. Однако результаты лечения этих пациентов в условиях амбулаторно-поликлинического звена не имеют тенденции к улучшению.

Неудовлетворительные результаты лечения этих заболеваний связаны с высокой вирулентностью возбудителя и растущей их резистентностью ко многим антибиотикам, часто со снижением иммунитета, сопровождающим этот процесс, а также с иммуносупрессивной активностью некоторых антибиотиков.

В связи с актуальностью этой проблемы нами впервые в поликлинических условиях применен метод фотохимической терапии. В основе биологического эффекта при воздействии света на организм лежит взаимодействие фотона с тканями организма на молекулярном уровне. Световое облучение может вызвать три различные фотохимические реакции:

- 1) фотоокисление липидов в клеточных мембранах;
- 2) фотореактивацию фермента супероксиддисмутазы;
- 3) фотолиз комплексов окиси азота.

При этом выявлено, что фотохимическая терапия положительно влияет на течение раневого процесса гнойных ран. Это проявляется в более быстром купировании гнойного процесса, предупреждении генерализации его, противомикробном действии. Кроме этого следует отметить иммуностимулирующее, анальгезирующее и противовоспалительное действие.

В лечении гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки нами весьма эффективно был применен аппарат фототерапевтический светодиодный (АФС) производства ООО «Полироник» г. Москва.

Методика включает следующие моменты: обработка и отграничение раны, промывание растворами антисептиков (перекись водорода, водный раствор хлоргексидина) после чего дистанционно, стабильно с расстояния 2 см облучаем пораженные участки кожи. Длительность воздействия на одно поле 1,5–2 минуты. Время процедуры до 10 минут. Лечение проводим на фоне антибиотикотерапии.

Лечение гнойных ран с помощью АФС проведено у 3-х больных. Группу сравнения составили 50 больных с аналогичными заболеваниями, у которых для лечения ран использовали протеолитические ферменты, водорастворимые мази и гипертонический раствор. Эффективность лечения оценивали по клинической картине с учетом сроков некролиза, появления грануляций, начало эпителизации. Предварительные данные позволяют сказать, что процесс очищения, грануляции и эпителизации раны происходит на 3–5 дней быстрее, сроки пребывания больных на лечении в поликлинике уменьшается соответственно.

Таким образом, использование АФС позволяет ускорить процесс заживления раны при гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки и, соответственно, сократить сроки нетрудоспособности больных.