

медицинской помощи (СМП) и медицинский маршрут (расчетное время в пути до стационара).

За период с 2001 по 2003 гг. мы наблюдали 815 пострадавших с ПРГ поступивших в режиме неотложной помощи. Удельный вес закрытой травмы груди составил 64,9 %, остальные 35,1 % составили проникающие ранения. При оказании помощи пострадавшим с ПРГ мы использовали активно-выжидательную тактику, особенно при решении вопроса о торакотомии. Показаниями к экстренной торакотомии считаем: тампонаду сердца, массивное внутриплевральное кровотечение, выраженную дыхательную недостаточность, не купируемую дренированием плевральной полости и ИВЛ.

Пример 1. Больной И., 41 год. И.Б. № 10612: поступил 25.09.2002 г. в 19 ч 50 мин. в агональном состоянии. При поступлении АД и пульс на периферических артериях не определялись, частота дыхательных движений — 8 в 1 мин. На сонных артериях пульс более 120 уд./мин., нитевидный. На груди слева по парастернальной линии в VI межреберье колото-резаная рана с ровными краями и острыми углами размерами 2 × 0,5 см, проникающая в плевральную полость, не кровоточит. Больной с диагнозом: Проникающее колото-резаное ранение груди слева в опасной зоне. Ранение сердца. Массивная кровопотеря. Агония. Больной немедленно взят в операционную. По жизненным показаниям на фоне массивной реанимационно-противошоковой терапии выполнена переднебоковая торакотомия, перикардотомия, шов проникающей раны миокарда левого желудочка. Отмечалась остановка сердечной деятельности, потребовавшая проведения в течение 10 мин. прямого массажа сердца с введением адреналина в сердечную полость для восстановления его деятельности. В послеоперационном периоде развилась постреанимационная болезнь с явлениями гипоксической энцефалопатии. На фоне проводимой терапии отмечен незначительный регресс неврологической сим-

птоматики и больной 16.10.2002 г. в удовлетворительном состоянии выписан для продолжения лечения в неврологическом стационаре.

Пример 2. Больной Н., 25 лет. И.Б. № 2000: поступил 20.02.2002 г. с диагнозом множественные проникающие колото-резаные ранения груди с повреждением легких. Двусторонний гемопневмоторакс. Шок II. Алкогольное опьянение. При поступлении частота пульса 110 уд./мин, АД — 80/40 мм рт. ст. Состояние расценено как средней степени тяжести. Больному на фоне противошоковой терапии выполнен торакоцентез с обеих сторон, дренирование по Бюллау с активной аспирацией. Оба легких были полностью расправлены. 04.03.2002 г. больной в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное долечивание по месту жительства.

С использованием активно-выжидательной тактики при лечении пострадавших с проникающими ранениями груди и закрытыми изолированными повреждениями было выполнено 601 хирургическое пособие, из которых торакоцентезы составили 91 % вмешательств, торакоскопии — 3,32 % и торакотомии — 6,58 %. Подобная организация оказания специализированной хирургической помощи в условиях многопрофильного стационара позволила уменьшить количество послеоперационных осложнений, снизить уровень летальности и сократить сроки госпитализации. Так, средний послеоперационный койко-день у пострадавших с травмами груди, которым в качестве основного патогенетического метода лечения применялся торакоцентез, составил 9,5 суток, после торакоскопии — 16,7 суток, после торакотомии — 20,1 суток.

Таким образом, улучшение результатов лечения раненных в грудь зависит не только от применения новых технологий в диагностике и лечении, но и от совершенства моделей организации специализированной помощи этим пострадавшим.

Ю.Б. Шапот, С.Ш. Тания

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ШОКОГЕННЫХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ГРУДИ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (Санкт-Петербург)

В последнее время в структуре повреждений возросла доля огнестрельных ранений груди. При этом хирурги гражданских стационаров, как правило, в достаточной мере не ориентированы в правильном выборе диагностической и лечебной тактики при подобных травмах.

Среди всех пострадавших с огнестрельными ранениями (140) изолированные, множественные и сочетанные ранения груди были у 53 (37,9 %), а торакоабдоминальные — у 33 (23,6 %) человек.

Опыт лечения пострадавших с огнестрельными ранениями груди, сопровождающимися шоком, свидетельствует, что при определении лечебной тактики следует учитывать как клинические данные, так и объективную (количественную) оценку состояния пострадавшего, позволяющую установить реакцию раненого на полученные повреждения и способность его противостоять дополнительной травме, которой является оперативное пособие. Для выбора времени и объема экстренных и

срочных оперативных вмешательств мы использовали прогностическую шкалу Г.И. Назаренко.

В соответствии с данными прогноза проводилась медицинская сортировка раненых на 3 клинические группы.

В 1-ю группу с прогнозом, благоприятным для оперативного лечения, вошли пострадавшие, у которых продолжительность лечения шока была до 8 часов, во 2-ю группу с прогнозом, сомнительным для оперативного лечения, были отнесены раненые с длительностью течения шока от 8 до 24 часов. В 3-ю группу вошли раненые с прогнозом, неблагоприятным для оперативного лечения, когда для выведения из шока реаниматологическое пособие необходимо проводить свыше 24 часов, а также пострадавшие с отрицательным прогностическим индексом.

Для каждой из групп была разработана хирургическая тактика, предусматривающая вид, объем и очередность вмешательства, а также сроки и порядок проведения консервативного и оперативного лечения.

В экстренном порядке проводились операции по поводу ранений сердца, угрожающего жизни кровотечения в плевральную полость, угрожающего жизни пневмоторакса. Очередность экстренных операций при повреждении нескольких сегментов тела зависела от локализации доминирующего повреждения, а объем оперативного вмешательства — от прогноза. В отдельных случаях опе-

рации выполнялись одновременно двумя хирургическими бригадами.

Пострадавшие 1-й клинической группы (с прогнозом, положительным для оперативного лечения) переносят все виды оперативных вмешательств, выполняемых в полном объеме, включая и реконструктивные операции.

Во 2-й клинической группе пострадавших (с сомнительным для оперативного лечения прогнозом) выполняются экстренные и срочные операции. Необходимое оперативное пособие этому контингенту выполняется в сокращенном объеме, малотравматичными методами.

В 3-й клинической группе пострадавших (с отрицательным для оперативного лечения прогнозом) можно производить операции только в экстренном порядке по жизненным показаниям в минимальном объеме.

Благодаря разработанной и применяемой нами хирургической тактике, основанной на данных прогнозирования тяжести и течения травматического шока, в 3-й клинической группе раненых, где прогностическая летальность составляет около 100 %, удалось добиться ее снижения на 37,5 %. У погибших пострадавших средняя продолжительность жизни составила 118 часов против 3,7 часов по расчетным данным, что также свидетельствует об улучшении исходов ранений.

Б.А. Сотниченко, О.Б. Калинин, А.Б. Сотниченко, А.С. Иорданова

СОЧЕТАННЫЕ ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ГРУДИ

Владивостокский государственный медицинский университет (Владивосток)

Сочетанные проникающие ранения груди представляют одну из сложных проблем хирургии повреждений мирного времени. Для них характерны множественность и частое сочетание с открытыми и закрытыми повреждениями жизненно важных органов в других анатомических областях, тяжелое состояние пострадавших, вариабельность клинического течения. Наиболее тяжелую группу пострадавших составляют пациенты с открытыми повреждениями груди и живота, сочетанными ранениями груди и позвоночника, повреждениями легких, печени и поджелудочной железы.

Целью нашего исследования является анализ результатов лечения пострадавших с открытыми проникающими ранениями груди мирного времени и выработка наиболее рациональной хирургической тактики при такого рода повреждениях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализу подвергнуты 915 раненых с открытыми повреждениями груди, находящиеся на излечении в клинике за последние 10 лет. Проникающие ране-

ния констатированы у 749 (91,8 %) пациентов, из них огнестрельные — у 69 (7,5 %). Сочетанный характер ранений был у 409 (54,5 %) травмированных. Основными сочетаниями поврежденных областей тела у 116-ти раненых была грудь, голова и шея, у 130 — грудь и живот, торакоабдоминальные ранения — у 148 (36,1 %), ранения груди в сочетании с повреждениями костей таза и позвоночника наблюдались у 17 больных, сочетание скелетной травмы с проникающими ранениями груди было у 173 травмированных.

Общая клиническая оценка у 409 травмированных позволила нам выделить 3 клинико-статистические группы:

1. Пострадавшие с тяжелыми ранениями и выраженными расстройствами гемодинамики. Тяжесть состояния этой группы раненых по шкале ВПХ-СП составила $38,7 \pm 2,7$ (крайне тяжелое). В эту группу вошло 115 пострадавших. Они доставлялись непосредственно в операционную.

2. Пострадавшие с тяжелыми ранениями (или подозрением на ранение) внутренних органов, у которых гемодинамика была стабильной. В эту груп-