

Малоинвазивные дренажные технологии применены как самостоятельно (18), так и в комплексе с санационными торакотомиями (36) или торакоскопиями (8) у 62 больных с различными по происхождению (посттравматическими, постпневмоническими, послеоперационными) эмпиемами плевры и состояли в дренировании двумя, иногда тремя, трубками полости эмпиемы с обязательным лаважем 0,04 % раствором гипохлорита натрия в течение первых 6 — 12 дней, далее полость промывали амнокапроновой кислотой с димексидом или диоксидином. Санация плевральных полостей с ожидаемым исходом в плеврофиброз произошла к 20 — 25 дню у 44 больных. В ходе лечения у 18 пациентов, в том числе, у 5 после торакоскопических санаций, образовались бронхиальные свищи с формированием остаточных полостей — всем им применена фиброэндоскопическая обтурация бронха и биотампонада по описанной выше методике, только объем ингредиентов приведенной композиции увеличивали в 2 — 3 раза. Заживления свищей и облитерации полостей добились у 15 из них. Троим больным (и только в начале 90-х) пришлось предпринять санационную реторакотомию с плеврэктомией, ушиванием бронхиальных свищей, торакопластикой и последующим дренажным лечением с повторной биотампонадой, один из них умер от позднего тяжелого сепсиса, а двое — постепенно, трудно, но, все же выздоровели.

Двум пациентам с небольшими по объему рецидивными эмпиемами, развившимися в отдаленном послеоперационном периоде, апробирована так называемая «миниторакотомия» с частичной плеврэктомией, аспирационно-проточным дренированием и переходом на биотампонаду. Отмечены сравнительно легкое течение после операции и быстрая облитерация остаточных полостей.

Таким образом, биотампонада композицией из коллагеновой гемостатической губки, димексида, антиферментов, антибиотиков и стимуляторов регенерации в составе малоинвазивных дренажных технологий позволяют добиться успеха при локализованных деструктивных легочно-плевральных патологиях с меньшей летальностью и сравнительно небольшими материально-техническими затратами.

Ю.Б. Шапот, С.Ф. Багненко, И.В. Куршакова, С.Ш. Тания

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

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

Классификация повреждений и их обозначение, классификация болезней вообще и травматической болезни в частности, патологических процессов и осложнений может служить как для познания механизмов патогенеза, так и для уточнения вопросов диагностики и лечения. Таким образом, она не только является инструментом познания, но и служит утилитарным, в том числе организационным, целям. Основу любой классификации должен составлять единый признак, и именно поэтому то или иное явление может быть классифицировано по различным критериям. Конечной задачей является создание широкообъемлющих классификационных систем.

Обязательным условием для создания классификационных систем является корректное формирование и использование медицинских терминов. Все используемые термины должны быть научно обоснованы, лингвистически и терминологически правильны.

Должна строго соблюдаться иерархия понятий (их соподчиненность) и соотношение с близкими им по значению и содержанию терминами. Все медицинские термины должны быть соотнесены с основными понятиями общей патологии: болезнь, патологический процесс, адаптивные и патологические реакции.

Осложнения травматической болезни (ТБ) следует различать (классифицировать):

1. В приложении к тяжести ТБ.
2. Применительно к динамике — типичным периодам ТБ: осложнения острого, раннего и позднего периодов.
3. В приложении к характеру факторов, их вызывающих:
 - а) вызванных сторонними (привнесенными) факторами: например, локальное нагноение ран при загрязнении патогенной флорой;
 - б) обусловленных этиологическими (выступающими в качестве условий возникновения болезни), воздействующими через изменение реактивности — инфекционные осложнения, вызванные условно патогенной флорой;
 - в) вызванных обычными факторами внешней среды при измененной реактивности организма, такие, как пролежни и другие гипостатические осложнения.
4. В качестве упомянутых в п. 3 факторов (применительно к осложнениям) уместно подразделять их на инфекционные (чаще гнойно-септические) и неинфекционные.
5. Определяющиеся неадекватными (нерациональными по срокам и существу) лечебными мероприятиями (ятрогенные). По локализации и распространенности (местные и общие или системные).

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 торакoабдоминальных 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: