кишки как в условиях распространенного гнойного перитонита при плановых программированных санациях брюшной полости — 17 (73,9 %) случаев, так и при несформированных тонкокишечных свищах в условиях отграничения воспалительного процесса в брюшной полости — 6 (26,1 %) случаев. Летальный исход наступил у 7 (30,4 %) больных при некупируемых явлениях гнойного перитонита и возникновением в 2-х случаях дополнительных тонкокишечных свищей при состоятельности компрессионного анастомоза. В 2-х случаях отмечена несостоятельность компрессионного анастомоза на 3–4 сутки, выявленная при плановой санации, выполнена резекция свищесущего отдела тонкой кишки с выведением энтеростомы.

Таким образом, отсутствие инородных включений по линии шва, идеальный гемостаз, низкая микробная проницаемость и, как следствие, заживление первичным натяжением, дозированная компрессия на сдавливаемые ткани позволяют шире применять предлагаемый способ анастомозирования в условиях распространенного перитонита. Результаты исследования показывают, что оптимальное применение новых способов хирургического лечения осложнений распространенного гнойного перитонита приводит к улучшению ближайших послеоперационных результатов.

В.Е. Хитрихеев, Э.З. Гомбожапов, Н.Б. Горбачев, Ж.Б. Очиров, Б.В. Цыбжитов

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРОНИКАЮЩИХ КОЛОТО-РЕЗАНЫХ РАНЕНИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ПО ДАННЫМ ГК БСМП ИМ. В.В. АНГАПОВА

*МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Повреждения груди относятся к категории тяжелых травм мирного и военного времени. Ранения груди в мирное время составляют 10 % от всех травм. Для них характерны высокая летальность на месте происшествия и относительно благоприятный прогноз, если пострадавший своевременно доставляется в лечебное учреждение.

В период с 2002 по 2007 гг. в хирургическом отделении ГК БСМП с проникающими ранениями грудной клетки пролечено 536 пострадавших, преимущественно мужского пола, среднего возраст составил $41,4 \pm 5,6$.

У 294 (54 %) пациентов с проникающими колото-резаными ранениями грудной клетки и малым и средним пневмо- или гемопневмотораксом схема лечения включала раннее и полноценное дренирование плевральной полости, восполнение кровопотери, устранение боли, герметизацию и стабилизацию грудной стенки, антибактериальную и поддерживающую терапию.

161 (30 %) пострадавшему выполнена торакотомия по поводу ранения легкого — 90 (55,9 %); ранения сердца — 38 (23,6 %); ранения перикарда — 16 (9,9 %); ранения межреберной артерии — 14 (8,6 %); ранения подключичной артерии справа — 3 (1,8 %) случая. При этом показаниями к неотложной торакотомии были средний и большой гемоторакс или гемопневмоторакс с признаками массивного кровотечения, к срочной торакотомии (в течение первых суток) — продолжающееся внутривнутриплевральное кровотечение с объемом кровопотери 300 мл/ч. и более, некупируемый пневмоторакс.

Отдельную группу составили торакоабдоминальные ранения, наблюдавшиеся за данный период в 81 (15 %) случае, из них левосторонние торакоабдоминальные ранения были в 60 случаях, правосторонние — в 21 случае.

У большинства пострадавших при торакоабдоминальных ранениях повреждалось легкое (30 % и 42 % соответственно стороне поражения). Повреждения сердца, крупных сосудов и других образований встречались реже. Всего торакотомия была выполнена 40 пострадавшим с ушиванием легкого в 27 случаях, сердца — в 8 и межреберной артерии — в 5 случаях.

У большинства пострадавших в брюшной полости повреждались полые и паренхиматозные органы с массивным кровотечением, иногда по 2–3 органа. Левосторонние ранения чаще сопровождались ранением легкого — 30 %, сердца — 13,3 %, селезенки — 25 %, желудка — 25 %, толстой кишки — 16,6 % и левой доли печени — 10 %. Реже наблюдались ранения тонкой кишки — 6,6 %, левой почки — 5 % и поджелудочной железы. По нашим данным, левосторонние ранения по тяжести повреждения были более опасными, чем правосторонние.

При правосторонних ранениях в 95 % оказывалась поврежденной печень, легкое — 42,8 %, межреберная артерия — 9,5 %, повреждение толстой кишки — в 9,4 % и тонкой кишки — 9,4 % случаев.

Анализ наших наблюдений показал, что подход в решении хирургической тактики должен быть индивидуальным в зависимости от ведущего патогенетического синдрома. На основании симптоматики удается выделить 2 основные группы пациентов, нуждающихся в различных способах хирургического пособия:

- 1) пострадавшие с преобладанием симптомов повреждения органов брюшной полости;
- 2) пострадавшие с преобладанием симптомов повреждения органов груди.

Пострадавшим с преобладанием симптомов повреждения органов брюшной полости выполняли лапаротомию с предварительным дренированием плевральной полости. Пострадавшим с преобладанием симптомов повреждения органов груди с признаками дыхательного и сердечно-сосудистых расстройств торакотомию выполняли без промедления. Лапаротомия с ушиванием поврежденных органов брюшной полости следовала после устранения внутригрудных повреждений.

По статистическим данным, в мирное время госпитальная летальность составляет от 6 до 9 %, а в условиях военных конфликтов процент значительно выше (до 30 %), среди наших пациентов с ранениями грудной клетки летальность составила 7,9 %.

Клинический опыт показывает, что использование рациональной индивидуализированной хирургической тактики и интенсивной до- и послеоперационной терапии у пациентов с ранениями груди способствует улучшению результатов лечения.

С.Д. Хобраков, А.А. Плюснин, В.Н. Антоненко

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

**МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)**

Осложненные формы острого аппендицита остаются актуальной проблемой urgentной хирургии, анестезиологии и реанимации детского возраста. Высокозатратное, сложное лечение больных с данной патологией, высокая послеоперационная летальность, от 4 до 10 %, заставляют обратить на них особое внимание.

Целью настоящей работы является анализ и оценка эффективности применяемых нами методов интенсивной терапии при лечении осложненных форм острого аппендицита у детей.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период 2003 – 2007 гг. в условиях детского отделения интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации (ДООАР) проведено лечение 226 больным с гнойными осложнениями острого аппендицита. В 2003 г. – 53 (19 %), 2004 г. – 49 (14 %), 2005 г. – 43 (19 %), 2006 г. – 40 (18 %), 2007 г. – 41 (12 %) случай от общего числа больных. Количество больных, поступивших с разлитым гнойным перитонитом, составило 25 % (56 человек) от общего числа пациентов с осложненной формой. Остальные 75 % (170 человек) составили такие формы как диффузный и местный перитониты, абсцессы и инфильтраты брюшной полости. В большинстве случаев причиной развития осложнений явилось позднее обращение за медицинской помощью.

Интенсивная терапия состояла из следующих этапов: предоперационная подготовка, анестезиологическое пособие, оперативное вмешательство, послеоперационная интенсивная терапия. Среднее время предоперационной подготовки составляло 2 – 2,5 часа. В качестве анестезиологического пособия в большинстве случаев использовался ЭТН. Послеоперационная интенсивная терапия проводилась в объеме: обезболивание наркотическими и ненаркотическими анальгетиками, антибактериальная и инфузионная терапия, применялось парентеральное питание, за счет кристаллических аминокислот и растворов глюкозы. Широко использовались ингибиторы протеаз. В комплексном лечении применялись экстракорпоральные методы детоксикации, а также УФО крови. Борьба с парезом кишечника проводилась с применением методов эпидуральной анестезии, анестетиком Наропином, с использованием одноразовых перидуральных катетеров фирм Braun, Portex. Стимуляции кишечника проводилась прозеринном.

Оценка состояния больных проводилась по общепринятой методике.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основными критериями, позволяющими оценить качество проводимой терапии, явились: снижение лейкоцитоза с $15 - 20 \times 10^9$ до $8 - 10 \times 10^9$ на 3 – 4 сутки лечения, снижение лейкоцитарного сдвига влево, также на 4 – 5 сутки. При применении продленной эпидуральной анестезии разрешения пареза кишечника достигали на 2 – 3 сутки, заметно уменьшилось число послеоперационных осложнений. До применения этих методик нормализация данных показателей наступала значительно позже (на 6 – 7 сутки лечения). Значительно уменьшилось количество дней проведенных в ДООАР (в среднем с 8,0 койко-дней в 2004 г. до 5,2 в 2007 г.). За период 2003 – 2007 гг. применение указанной схемы и методов