

Убедившись в достижении временного гемостаза и собрав кровь из брюшной полости, хирург приступает к тщательной ревизии органов. Ревизию лучше начинать с полых органов, потому что обнаружение повреждений полых органов, во-первых, позволит принять меры к изоляции мест повреждения а, следовательно, прекращению постоянного инфицирования брюшной полости, и, во-вторых, решить вопрос о допустимости реинфузии крови, собранной из брюшной полости. Исключив повреждение полых органов, хирург отдает распоряжение о начале реинфузии крови и продолжает ревизию далее, оценивая повреждение паренхиматозных органов. При повреждении желудка и двенадцатиперстной кишки выполняем ушивание ран. При одиночных ранах на кишечнике их ушиваем, а при обширных повреждениях стенки органа, наличии нескольких, близко расположенных ран, нарушении питания производится резекция кишки в пределах здоровых

тканей. Паренхиматозные органы обрабатываются по принципу максимального гемостаза с резекцией нежизнеспособных тканей. Операция заканчивается адекватными туалетом и дренированием брюшной и плевральных полостей. Кровопотеря при ранениях составляла от 600,0 мл до 4 литров и более. Выполнены следующие операции: зашивание ран легкого — 7, атипичная резекция легкого — 4, зашивание ран (желудка, тонкой, толстой кишок) — 11, зашивание ран печени — 7, атипичные резекции печени — 4, спленэктомия — 2, нефрэктомия — 2, шов сосудов — 4. Умерло 2 пациента от некомпенсированной массивной кровопотери (7,4 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, вышеизложенные принципы оперативного лечения данной категории пострадавших позволяют спасти жизнь большинству больных.

Д.И. Решетников, Ц.Д. Ешинимаяев, З.Б. Цыбиков

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНЫХ С ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ В МИРНОЕ ВРЕМЯ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить тактику лечения больных при массовом поступлении больных с взрывной травмой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены результаты лечения 16 больных, поступивших одновременно в лечебное учреждение центральной районной больницы после взрыва гранаты. В приемное отделение большинство из них поступило в тяжелом состоянии, у 2/3 пострадавших был травматический шок I — II — III ст., один больной находился в агональном состоянии с проникающими осколочными ранениями груди и живота. У поступившей группы пострадавших наблюдались множественные и сочетанные повреждения, преобладали множественные осколочные ранения нижних конечностей — 62,5 % (10 больных), грудной клетки — 31,25 % (5 больных). Особую категорию составили трое пациентов с открытыми многооскольчатыми переломами костей нижних конечностей. Средний возраст пострадавших на момент ранения составлял $19,1 \pm 1,8$.

Всем раненым проводилось комплексное обследование, которое включало в себя физические, лабораторные, рентгенологические и функциональные методы исследования. Основным методом диагностики была рентгенография, которая позволяла распознать характер повреждения различных органов и систем,

обнаружить инородные тела и установить их локализацию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Лечение раненых включало инфузионно-трансфузионную, антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, форсированный диурез до-, во время операции и в послеоперационном периоде. После выведения пострадавших из шока выполнялась первичная хирургическая обработка, которая заключалась в широком иссечении некротизированных тканей, ревизии всех раневых каналов с удалением инородных включений (осколков), многократном орошении операционной раны, полноценном дренировании с помощью силиконовых трубок, декомпрессивной фасциотомии основных костно-фасциальных футляров конечностей. Основным методом лечения повреждения костей было скелетное вытяжение.

Летальность пострадавших составила 6,25 % (1 больной с проникающими осколочными ранениями груди и живота, внутренним кровотечением агонировал в приемном отделении). Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 13,6 койко-дня. Среди выписанных пациентов у одного возникла стойкая утрата нетрудоспособности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение больных с взрывной травмой в отделении общехирургического профиля является ред-

кое, хороших результатов лечения можно добиться при комплексном подходе к лечению пострадавших, т.е. когда наряду с лечением повреждений

проводится противошоковая и интенсивная терапия. Сокращение сроков эвакуации пострадавших позволит улучшить результаты лечения.

А.Н. Плеханов, И.А. Намоконов

ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАНЕНЫМ С ТЯЖЕЛЫМИ МИННО-ВЗРЫВНЫМИ ТРАВМАМИ И ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ

**Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)
Военный госпиталь № 324 (Улан-Удэ)**

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ диагностических и тактических ошибок у больных с огнестрельными ранениями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами оценены результаты лечения 326 больных с огнестрельными и минно-взрывными травмами за пятилетний период.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основными дефектами на догоспитальном этапе были: отсутствие транспортной иммобилизации (28,6 % раненых с огнестрельными переломами); неправильное наложение жгута (на значительном удалении от раны, отсутствие провизорных жгутов под шиной, длительное нахождение на конечности, наложение жгута без показаний); передозировка наркотических анальгетиков (по 6—8 мл 2% р-ра промедола одномоментно); отказ от превентивного (21,5 %) и от паравульнарного (58,6 %) введения антибиотиков, отсутствие информации о выполненных лечебных мероприятиях (50,3 %).

На этапе квалифицированной помощи наиболее часто встречались лечебно-тактические дефекты, связанные с выполнением первичной хирургической обработки огнестрельной костно-мышечной раны. Основными из них были:

1) нерациональная общая терапия (отсутствие предоперационной подготовки, восполнения кровопотери и коррекции нарушений гомеостаза);

2) чрезмерно радикальная хирургическая обработка раны с обширными разрезами, иссечением значительных массивов кожи и мышц (резко ухудшающая и без того нарушенную микроциркуляцию в сегменте);

3) удаление всех костных осколков с созданием вторичных костных дефектов, больших полостей с застойным раневым отделяемым (34 % пострадавших);

4) неадекватное дренирование ран полосками перчаточной резины, тугое тампонирующее салфетками (у 24 % раненых);

5) оставление салфеток в глубине раны, вероятно с целью гемостаза, с глухим швом кожи (9,6 %);

6) декомпрессивные чрескожные «лампасные» фасциотомии длиной до 25—30 см, значительно ухудшающие микроциркуляцию и ведущие к еще большей кровопотере (выполняют подкожные фасциотомии);

7) отказ от подкожной декомпрессивной фасциотомии при нарастающей отеке сегмента конечности;

8) длительность и необоснованность оперативных вмешательств на данном этапе (например, костно-пластические ампутации); расширение показаний к внутреннему остеосинтезу;

9) неполноценная иммобилизация конечности;

10) нерациональная антибиотикотерапия.

Следует отметить, что чрезмерно радикальная первичная хирургическая обработка костной раны, сделанная хирургом, не менее вредна, чем ее отсутствие. Она приводила к увеличению кровопотери, усугубляла развитие шока, нарушала кровоснабжение сегмента. Такая хирургическая обработка с удалением всех костных осколков создавала обширные вторичные дефекты, которые для раненого (и для хирурга заключительного этапа эвакуации) являлись большой проблемой в плане восстановления анатомии и функции. Чрезмерно радикальная первичная хирургическая обработка не являлась профилактикой инфекционных осложнений, а, наоборот, увеличивала риск их возникновения (с 14 до 21 % при огнестрельных диафизарных переломах костей).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При благоприятной медико-тактической обстановке лучшие результаты лечения могут быть достигнуты, когда пострадавшего доставляют сразу на этап специализированной помощи, где есть опытный травматолог, многопрофильная хирургическая бригада и необходимое медицинское оснащение.