

кататравмы — 43 (7 %) и 21 (7 %). По тяжести повреждений лидирует железнодорожная (ISS 60,5 (50,8 — 70,3), ВПХ 37,74 (23,3 — 52,1) против ISS 54,3 (41,1 — 67,5), ВПХ 31,41 (17,11 — 45,7)) и автодорожная травма (ISS 39,5 (35,7 — 43,3), ВПХ 17,6 (14,7 — 20,05) против ISS 38,4 (33,8 — 42,9), ВПХ 20,07 (16,09 — 24,05) соответственно. В структуре сочетаний травмы груди с другими областями, по механизму, а также по тяжести повреждений достоверных различий не выявлено. Торакоабдоминальные повреждения (ТАП) составили 7,3 % и 7,5 % соответственно. Летальность при ТАП достоверно не отличалась — 45,8 % и 54,1 %. В группе пострадавших с легкими (0,05 — 0,4 баллов по ВПХ) повреждениями оказалось 135 (20,5 %) и 43 (13,6 %) человека, с летальностью 2 % соответственно. Со среднетяжелыми (0,5 — 0,9 баллов) повреждениями было — 65 (9,8 %) и 36 (11,4 %) человек, с тяжелыми (1 — 12 баллов) — 252 (38,3 %) и 116 (36,7 %), крайне тяжелыми (> 12 баллов) — 204 (31 %) и 121 (38,3 %). Летальность в данных группах составила 18 и 14 %, 46 и 41 %, 90 и 96 % соответственно. С повреждениями несовместимыми с жизнью (75 баллов по ISS) оказалось 62 (9,4 %) и 28 (8,8 %) человек. Общая летальность у пострадавших с сочетанными повреждениями груди составила 315 (48 %) и 170 (54 %) соответственно. При этом на долю догоспитальной летальности приходится 261 (40 %) и 148 (47 %), госпитальной — 54 (8 %) и 22 (7 %). По тяжести повреждений погибшие на догоспитальном и госпитальном этапах достоверно не различались. Частота повреждений груди в

структуре смертельной сочетанной травмы составляет 315 (78,3 %) и 170 (85,4 %) соответственно. Средняя продолжительность пребывания в стационаре у выписанных пациентов в Иркутске статистически значимо меньше, чем в Улан-Удэ — 12,9 (11,8 — 14,04) против 14,7 (13,4 — 16,1).

ВЫВОДЫ

На долю сочетанных повреждений груди приходится около 60 — 70 % от всей сочетанной травмы. Наиболее часто страдают мужчины трудоспособного возраста. Большая часть повреждений является крайне тяжелыми. Показатели общей летальности в обоих городах не имеют значимых различий и составляют 48 и 54 %, причем на долю догоспитальной летальности приходится около 40 %, что подчеркивает необходимость учета данной категории пострадавших для анализа характеристик сочетанных повреждений груди. В Иркутске повреждения груди доминировали по тяжести чаще, чем в Улан-Удэ, при этом различий по тяжести при них не выявлено. Торакоабдоминальные повреждения составляют около 8 %. Отсутствие различий по тяжести повреждений в обоих городах у погибших на догоспитальном и госпитальном этапах свидетельствуют о необходимости совершенствования догоспитального этапа. Приблизительно у 80 % погибших от сочетанной травмы встречаются повреждения груди. Средняя длительность пребывания пострадавших в стационаре в Иркутске меньше, чем в Улан-Удэ.

К.А. Гураль, В.П. Попов, И.Г. Трухачев

ОПЫТ РАБОТЫ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТОРАКАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

*Сибирский государственный медицинский университет (Томск)
ММЛПУ Городская больница № 1 (Томск)*

За последние годы в нашей стране в деле оказания хирургической помощи при повреждениях груди достигнуты большие успехи, благодаря развитию анестезиологии и реаниматологии и новым средствам топоческой диагностики. Вместе с тем, следует отметить и тот факт, что молодые, недостаточно опытные хирурги и травматологи пытаются более активно вести и оперировать данную группу пострадавших. Клиника и лечение больных с повреждениями и ранениями груди составляет до настоящего времени важный и, несмотря на обилие публикаций, недостаточно изученный раздел хирургии.

Несмотря на утвердившиеся установки военно-полевой хирургии, сохраняются спорные вопросы в выборе оперативной или консервативной тактики при оказании помощи пострадавшим с торакальной травмой, которые и заставили обра-

титься к анализу организации оказания специализированной помощи при наиболее частых повреждениях и ранениях груди. Прежде всего, к этому вынуждают следующие обстоятельства:

- 1) сравнительная частота и тяжесть данного вида травмы для мирного времени;
- 2) спорные вопросы в хирургической агрессии;
- 3) осложнения при консервативной и оперативной тактике.

Основой организации специализированной помощи пострадавшим с закрытыми изолированными повреждениями и проникающими ранениями груди (ПРГ) в условиях многопрофильного травматологического стационара являются: 1) режим круглосуточной помощи для раненых с повреждениями и ранениями груди и квалификация хирурга; 2) квалификация, оснащенность бригады скорой

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 лечение 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