

ми ребер, осложненными разрывом легкого (гемопневмоторакс) и сотрясением головного мозга.

III группа — травма ЦНС. У 6 травмированных был перелом свода и основания черепа с повреждением или ушибом мозга. Сочетанные повреждения: ушибы тела, ушибы и гематомы мягких тканей лица, переломы позвоночника. Закрытая черепно-мозговая травма с ушибом мозга сопровождалась переломом бедра.

Сочетанные повреждения оценивались не только по объему и числу травмированных органов и тканей. Мы рассматривали эту ситуацию согласно специальной объективной оценке тяжести.

Для объективной оценки тяжести травмы, прогнозирования исхода мы использовали шкалу тяжести детской травмы (Toras I.I. et al., 1989), составленную на основании анализа более 20000 детей с политравмой.

Одно наблюдение оценивалось суммой от < -2 до 12 баллов. Это давало возможность получить прогноз возможной летальности в группе и у конкретного ребенка.

Оценка наших наблюдений. В двух первых группах баллы 4,8 и 5, возможная летальность — 11,7 %, истинная — 0; в третьей группе умерло 3

детей с балльной оценкой 7 (возможная летальность более 96,6 %).

Шкала позволяла оценить качество оказания помощи, сравнить работу различных отделений и учреждений. Введенный нами при анализе индекс, определяющий количество поврежденных органов и тканевых структур, показал отсутствие прямой зависимости количественной оценки травмы, ее тяжести и возможное прогнозирование исхода.

ВЫВОДЫ

1. Сочетанная травма относится к наиболее тяжелым видам детского травматизма с возможной прогнозируемой летальностью 11,8 %.

2. Оценка тяжести травмы по баллам позволяет контролировать качество проведенного лечения и сравнивать его эффективность у различных групп больных.

3. К наиболее тяжелым сочетанным повреждениям с неопределенным прогнозом следует отнести те, где имеется компонент черепно-мозговой травмы с переломом черепа и повреждением мозга. Эти виды сочетанных травм стоят на первом месте среди причин летальных исходов у детей.

И.Г. Толстокоров, А.М. Яцын

ПРОНИКАЮЩИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ МИРНОГО ВРЕМЕНИ В ОТДЕЛЕНИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Городская больница № 1 (Барнаул)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить особенность тактики ведения больных с огнестрельными ранениями груди и живота.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализируются данные лечения 27 пациентов с проникающими огнестрельными ранениями в брюшную и грудную полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1996 — 2004 гг. в отделения неотложной хирургии городской больницы № 1 г. Барнаула поступило 27 пострадавших с проникающими огнестрельными ранениями в брюшную и грудную полости в возрасте от 16 до 65 лет. Все пациенты были мужского пола и поступили в сроки от 1 до 4 часов от момента травмы. Изолированное ранение грудной клетки было зарегистрировано у 9 человек (33,3 %), брюшной полости — у 11 (40,7 %), торакоабдоминальное — у 7 пострадавших (26,0 %). Повреждение одного органа зафиксировано у 6 пациентов (22,2 %), двух — у 8 человек (29,6 %), трех и более — у 13 пострадавших

(48,2 %). Пулевые ранения отмечены у 21 поступившего (77,8 %), дробовые — у 6 человек (22,2 %). Особенностью проникающих огнестрельных ранений является то, что масштабы разрушения тканей во много раз превосходят размеры снаряда и проделанного им раневого канала и сопровождаются массивной кровопотерей. Нами выработана единая тактика ведения данной группы больных. Операцию проводит самый опытный хирург. При подтверждении проникновения ранения в полость (плевральную или брюшную) выполняется или переднебоковая торакотомия, или широкая срединная лапаротомия. В момент вскрытия брюшной или грудной полостей кровотечение из поврежденных сосудов усиливается за счет снижения внутриполостного давления. В связи с этим анестезиолог принимает меры по поддержанию гемодинамики, хирург быстро выполняет временную остановку кровотечения, а ассистент производит эвакуацию крови из брюшной полости. При этом кровь необходимо собрать в стерильную емкость с тем, чтобы затем, после выявления характера повреждений, постараться вернуть ее в кровеносное русло пострадавшего.

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. Ешинимасев, 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-