

шего; тонкой кишки и общей подвздошной артерии — у одного пациента. Обоим пациентам была выполнена срединная лапаротомия, иссечение и ушивание ран тонкой кишки. Нефрэктомия произведена у одного больного и восстановление целостности подвздошной артерии — у другого. Оба пациента выписаны с выздоровлением на 12–14 сутки.

Дробовое ранение тонкой кишки наблюдалось у двух пациентов. Дробовое сочетанное ранение тонкой и толстой кишки было у 6 пострадавших, из которых у одного обнаружено ранение почки, у одного — ранение поджелудочной железы, у двух — ранение печени. Кроме ушивания ран тонкой и толстой кишки проведены следующие операции: выведение разгрузочной кишечной стомы — у четырех, атипичная резекция *pancreas* — у одного, нефрэктомия — у одного, ушивание ран печени — у двух пациентов.

В послеоперационном периоде у трех пострадавших с ушиванием ран тонкой и толстой кишки без выведения разгрузочной кишечной стомы отмечено образование тонкокишечных свищей, два пациента умерли.

Всего в послеоперационном периоде умерли: один пострадавший с обширным ранением печени, доставленный в состоянии клинической смерти, умер на операционном столе; один пострадавший с ранением поджелудочной железы; один пострадавший с множественным ранением толстой и тонкой кишки. Послеоперационная летальность составила 33 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наибольшую сложность в лечении занимают пострадавшие дробовыми огнестрельными ранениями. При сочетанных ранениях тонкой и толстой кишки целесообразнее формирование разгрузочной кишечной стомы.

Б.Э. Мункожаргалов, А.Д. Козулин, В.А. Домашевский, А.М. Очиров

СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ЖИВОТА

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутска)
МУЗ Городская клиническая больница № 3 (Иркутска)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сочетанная травма — это повреждения двух или более органов или сегментов конечности, принадлежащих разным физиологическим системам либо анатомическим областям, возникшие в результате воздействия одного травмирующего фактора. В данной работе изучается сочетанная травма живота (СТЖ), включающая как обязательный компонент повреждение опорно-двигательной системы (ОДС). В доступной нам литературе мы обнаружили немногочисленные данные, касающиеся структуры сочетанной травмы живота. Так, Ю.Г. - Шапошников с соавт. (1986) на основании опыта лечения 251 больного в структуре изолированных и сочетанных повреждений органов живота выводит на первое место травмы тонкой кишки (26,0 %), на второе место — повреждения селезенки (25,2 %), затем — мочевого пузыря (8,2 %), почек и мочеточников (6,7 %). По данным А.А. Пушкова (1998) по частоте в сочетанных повреждениях доминирует селезенка (31,0 %), затем тонкая кишка (22,3 %), пе-

чень (19,0 %), желудок (6,7 %). По наблюдениям В.В. Кузьменко с соавт. (1986), основанным на материалах исследования 348 больных с сочетанной травмой, удельный вес больных с сочетанными повреждениями живота и ОДС составил 34,2 %, при этом общая летальность составила 28,4 %. А.А. Пушков приводит цифру летальности 12,19 %.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дать количественную и структурную оценку сочетанной травмы живота, оценить тактику лечения, изучить структуру летальности, основываясь на материалах МУЗ ГКБ № 3 г. Иркутска за 1999, 2000 и 2001 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование основывается на ретроспективном анализе лечения больных, поступивших в МУЗ ГКБ № 3 в 1999, 2000 и 2001 гг. Была рассмотрена группа больных с СТЖ в количестве 98 человек. Распределение больных представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по годам

Год	Поступило	Из них с СТЖ	Мужчин	Женщин	Средний возраст	Прооперировано	Умерло больных	Летальность
1999	5008	30 (0,6 %)	19 (63,4 %)	11 (36,6 %)	41,1	21 (70 %)	5	16,6 %
2000	4692	32 (0,68 %)	25 (78,2 %)	7 (21,8 %)	38,0	14 (43,7 %)	10	31,2 %
2001	4981	36 (0,72 %)	23 (63,9 %)	13 (36,1 %)	38,7	20 (55,5 %)	12	33,3 %

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Мы сочли целесообразным рассмотреть группу больных с СТЖ с разных позиций.

При оценке заинтересованных (поврежденных) полостей (трехполостная травма + скелетная, двухполостная травма + скелетная, однополостная травма (живот) + скелетная) самой многочисленной оказалась группа больных с сочетанием двухполостной травмы и повреждений ОДС — 12 чел. (40 %) за 1999 г., 15 чел. (46,8 %) за 2000 г., 19 чел. (52,7 %) за 2001 г. Однополостная СТЖ отмечена у 11 чел. (36,6 %) за 1999 г., 7 чел. (21,8 %) за 2000 г., в 2001 г. — 4 чел. (11,1 %). За 1999–2001 гг. наблюдается тенденция к снижению однополостной СТЖ. Бесспорно, что наиболее тяжелой травмой является сочетание повреждений органов всех трех полостей организма: 5 больных (71,4 %) за 1999 г., 6 больных (60 %) за 2000 г. и 6 больных (46,1 %) за 2001 г., а также высокой летальностью в этой клинической группе — 57,1, 50 и 61,1 % за 1999, 2000 и 2001 гг. соответственно. При анализе данных, характеризующих СТЖ в зависимости от повреждений полых и паренхиматозных органов за 1999–2001 гг., в 1999 и 2000 гг. превалирует группа больных с повреждениями только паренхиматозных органов — 43,3 и 48 % соответственно; за 2001 г. группа больных с повреждением только паренхиматозных органов составляет 31,8 %. Прогностичес-

ки самым неблагоприятным является сочетание повреждений полых и паренхиматозных органов, летальность в этой группе составила 50,0 % в 1999 г. и 71,4 % в 2000 г. По повреждениям отдельных органов при СТЖ доминирует травма почки — 12 (40,0 %), 14 (38,8 %), 6 (23 %) больных, мочевого пузыря — 8 (26,6 %), 9 (25 %), 8 (30,7 %) больных, и печени — 7 (23,3 %), 5 (13,8 %), 2 (7,6 %) больных за 1999, 2000 и 2001 гг. соответственно. В группе оперированных больных по частоте на первом месте находится травма тонкой, толстой кишки и печени.

По данным за 1999–2001 гг. предпочтение отдавалось органосохраняющим операциям, а именно: ушивание поврежденных органов — у 20 (57,2 %), 6 (46 %), 6 (43 %) больных, и резекции — у 2 (5,7 %), 1 (8 %) соответственно.

ВЫВОДЫ

1. В прогностическом плане наиболее значимой является трехполостная травма, сочетанная с повреждением ОДС (летальность в этой группе больных составила 53,3 %);

2. Наиболее часто повреждаемыми органами при СТЖ являются: печень, почка, селезенка (у 33,3, 21,2 и 15,2 % больных соответственно);

3. Из оперативных вмешательств при СТЖ доминировали органосохраняющие операции (у 61,5 % больных).

Е.Е. Чепурных, Е.Г. Григорьев

СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ

*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

Повреждения органов брюшной полости занимают значительное место среди других травм — 10 %. При закрытой торакоабдоминальной и абдоминальной травме, проникающих ранениях печень — один из наиболее часто страдающих органов. Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, повреждения печени до сих пор сопровождаются высокой летальностью, достигающей при сочетанной травме 50–60 %. Высокие показатели летальности связаны с сочетанностью повреждений, шоком, кровопотерей, а в последующем — с развитием гнойно-септических осложнений.

ЦЕЛЬ

Оптимизировать хирургическое лечение сочетанных повреждений печени с учетом характера травмы и тяжести состояния пострадавшего.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на основе результатов обследования и лечения 294 пациентов, госпи-

тализированных с сочетанными повреждениями печени различного генеза в госпитальную хирургическую клинику ИГМУ в интервале 1995–2000 гг. Из них мужчин — 248 (84,4 %), женщин — 46 (15,6 %). Средний возраст пострадавших составил $33,1 \pm 10,8$ года.

По характеру повреждений доминировали колото-резаные ранения — 192 (65,3 %), тупая травма составила 86 (29,3 %) случаев, огнестрельные ранения — 16 (5,4 %). Повреждения печени сочетались с черепно-мозговой травмой у 56 (19,3 %) пострадавших, груди — у 38 (12,9 %), таза и конечностей — у 23 (7,8 %) пациентов. Кроме того, в 26,9 % случаев повреждения печени сочетались с травмой других паренхиматозных (почки, селезенка, поджелудочная железа) и полых (25,9 %) органов, магистральных сосудов живота (7,2 %).

Средний балл тяжести состояния пострадавших по шкале «ВПХ-СП» на момент поступления в клинику составил 19,4 (12,0–57,0), по шкале «ВПХ-СГ» — 21,0 (23,0–25,4). Тяжесть поврежде-