

срочных оперативных вмешательств мы использовали прогностическую шкалу Г.И. Назаренко.

В соответствии с данными прогноза проводилась медицинская сортировка раненых на 3 клинические группы.

В 1-ю группу с прогнозом, благоприятным для оперативного лечения, вошли пострадавшие, у которых продолжительность лечения шока была до 8 часов, во 2-ю группу с прогнозом, сомнительным для оперативного лечения, были отнесены раненые с длительностью течения шока от 8 до 24 часов. В 3-ю группу вошли раненые с прогнозом, неблагоприятным для оперативного лечения, когда для выведения из шока реаниматологическое пособие необходимо проводить свыше 24 часов, а также пострадавшие с отрицательным прогностическим индексом.

Для каждой из групп была разработана хирургическая тактика, предусматривающая вид, объем и очередность вмешательства, а также сроки и порядок проведения консервативного и оперативного лечения.

В экстренном порядке проводились операции по поводу ранений сердца, угрожающего жизни кровотечения в плевральную полость, угрожающего жизни пневмоторакса. Очередность экстренных операций при повреждении нескольких сегментов тела зависела от локализации доминирующего повреждения, а объем оперативного вмешательства — от прогноза. В отдельных случаях опе-

рации выполнялись одновременно двумя хирургическими бригадами.

Пострадавшие 1-й клинической группы (с прогнозом, положительным для оперативного лечения) переносят все виды оперативных вмешательств, выполняемых в полном объеме, включая и реконструктивные операции.

Во 2-й клинической группе пострадавших (с сомнительным для оперативного лечения прогнозом) выполняются экстренные и срочные операции. Необходимое оперативное пособие этому контингенту выполняется в сокращенном объеме, малотравматичными методами.

В 3-й клинической группе пострадавших (с отрицательным для оперативного лечения прогнозом) можно производить операции только в экстренном порядке по жизненным показаниям в минимальном объеме.

Благодаря разработанной и применяемой нами хирургической тактике, основанной на данных прогнозирования тяжести и течения травматического шока, в 3-й клинической группе раненых, где прогностическая летальность составляет около 100 %, удалось добиться ее снижения на 37,5 %. У погибших пострадавших средняя продолжительность жизни составила 118 часов против 3,7 часов по расчетным данным, что также свидетельствует об улучшении исходов ранений.

Б.А. Сотниченко, О.Б. Калинин, А.Б. Сотниченко, А.С. Иорданова

СОЧЕТАННЫЕ ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ГРУДИ

Владивостокский государственный медицинский университет (Владивосток)

Сочетанные проникающие ранения груди представляют одну из сложных проблем хирургии повреждений мирного времени. Для них характерны множественность и частое сочетание с открытыми и закрытыми повреждениями жизненно важных органов в других анатомических областях, тяжелое состояние пострадавших, вариабельность клинического течения. Наиболее тяжелую группу пострадавших составляют пациенты с открытыми повреждениями груди и живота, сочетанными ранениями груди и позвоночника, повреждениями легких, печени и поджелудочной железы.

Целью нашего исследования является анализ результатов лечения пострадавших с открытыми проникающими ранениями груди мирного времени и выработка наиболее рациональной хирургической тактики при такого рода повреждениях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализу подвергнуты 915 раненых с открытыми повреждениями груди, находящиеся на излечении в клинике за последние 10 лет. Проникающие ране-

ния констатированы у 749 (91,8 %) пациентов, из них огнестрельные — у 69 (7,5 %). Сочетанный характер ранений был у 409 (54,5 %) травмированных. Основными сочетаниями поврежденных областей тела у 116-ти раненых была грудь, голова и шея, у 130 — грудь и живот, торакоабдоминальные ранения — у 148 (36,1 %), ранения груди в сочетании с повреждениями костей таза и позвоночника наблюдались у 17 больных, сочетание скелетной травмы с проникающими ранениями груди было у 173 травмированных.

Общая клиническая оценка у 409 травмированных позволила нам выделить 3 клинико-статистические группы:

1. Пострадавшие с тяжелыми ранениями и выраженными расстройствами гемодинамики. Тяжесть состояния этой группы раненых по шкале ВПХ-СП составила $38,7 \pm 2,7$ (крайне тяжелое). В эту группу вошло 115 пострадавших. Они доставлялись непосредственно в операционную.

2. Пострадавшие с тяжелыми ранениями (или подозрением на ранение) внутренних органов, у которых гемодинамика была стабильной. В эту груп-

пу вошло 195 раненых, тяжесть состояния по шкале ВПХ-СП составила $25,7 \pm 0,8$ (тяжелое). Их также доставляли непосредственно в операционную.

3. Легко раненые. Их было 99. Тяжесть состояния по шкале ВПХ-СП у них составила $15,7 \pm 0,2$ балла (средней тяжести). Они госпитализированы через приемный покой. Лечебно-диагностические мероприятия всех групп проводились по специально разработанным алгоритмам.

У 333 травмированных с проникающими сочетанными ранениями груди хирургическое пособие на грудной полости ограничилось первичной хирургической обработкой ран, дренированием плевральной полости по Бюлау и реинфузиями крови. Необходимость в торакотомии возникла лишь у 16,0 % раненых. У всех раненых хирургическое пособие на смежных областях произведено преимущественно в первую очередь или во вторую.

Общая летальность при сочетанных проникающих ранениях груди составила 9,6 %. Наибольшая летальность отмечена при огнестрельных сочетанных ранениях груди: из 42 раненых с огнестрельными ранениями груди умерло 17 (40,5 %).

ВЫВОДЫ

1. Сочетанные проникающие ранения груди являются одним из тяжелых видов повреждения.
2. Повреждения жизненно важных структур со стороны других анатомических областей при сочетанных ранениях груди превалируют над грудными.
3. Основным видом пособия при сочетанных проникающих ранениях на грудной полости у 86,0 % больных является первичная хирургическая обработка раны в сочетании с дренированием плевральной полости по Бюлау и реинфузия крови.

М.М. Винокуров, Н.М. Гоголев

РАНЕНИЕ СЕРДЦА И ПЕРИКАРДА

Медицинский институт Якутского государственного университета (Якутск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить практический опыт проводимых оперативных вмешательств при открытых ранениях сердца.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ранение сердца и перикарда остается предметом повседневного внимания хирургов. В мирное время в большинстве случаев эти ранения наносятся холодным оружием. За 9 лет (1995 – 2004 гг.) в хирургической клинике городской клинической больницы оперировано 136 пациентов с ранением сердца. Среди пострадавших было 8 женщин и 128 мужчин. В основном пострадавшие были в возрасте до 40 лет – 84 пациента (61,7 %). В большинстве наблюдений раны располагались в левой половине грудной клетки и проецировались на передней поверхности сердца – у 109 пациентов (80 %).

В нашей клинике всем пострадавшим с ранениями в проекции сердца производится первичная хирургическая обработка, что обеспечивает подтверждение диагноза повреждения сердца и проведение неотложной операции. Таким образом, все пострадавшие с ранениями сердца были оперированы в течение первого часа с момента поступления в клинику.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Переднебоковую торакотомию по поводу ранения сердца проводили в IV – VI межреберье слева в положении пациента на спине с приподнятой левой половиной туловища. Подобный доступ позволяет

произвести ревизию левого и правого желудочков сердца. Перикард вскрывали в продольном направлении ниже диафрагмального нерва. Во время операции ранение перикарда было отмечено у 44 (32,3 %) пострадавших, ранение желудочков сердца было у 52 (38,2 %), ранение предсердий – у 40 (29,4 %). В момент вскрытия перикарда и эвакуации сгустков крови останавливали фонтанирующее кровотечение прижатием пальца левой руки, в тот же момент правой рукой накладывали П-образные швы на атравматичной игле проленом, стараясь прошить миокард на всю толщину. При наложении швов в 3 случаях имела место остановка сердечной деятельности. Иногда с целью избежать прорезывания лигатур, линию швов дополнительно укрепляем участком иссеченного миокарда.

Если раненых доставляют в ближайшие 0,5 часа, летальность составила 20,1 % при более поздних сроках доставки (свыше 3-х часов), она возросла до 33,3 %.

В послеоперационном периоде умерло 32 пациента. Послеоперационная летальность при ранениях сердца за период исследования составила 23,6 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на госпитальном этапе помощи пострадавшим с ранением сердца решающая роль принадлежит предельно быстрой диагностике и доставке в хирургический стационар с предварительным оповещением. Наиболее часто встречается ранение желудочков – 38,2 %. Наиболее хороший результат получен при П-образном ушивании ранений миокарда.