

**УДК 616-001.45**

**Тяжелые сочетанные ранения живота в структуре современной огнестрельной травмы**

**В.Д. Шейко**

*Кафедра хирургических болезней стоматологического факультета (зав. - д.м.н. Б.Ф. Лысенко)*

*Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава*

**Ключевые слова:** сочетанная травма, огнестрельные ранения, повреждения живота.

**Реферат.** Количество пострадавших с огнестрельными ранениями различного характера и тяжести, которые поступают в больницы сети гражданского здравоохранения различного уровня возрастает год от года. Исследование проводилось с целью изучения структуры огнестрельных повреждений при тяжелой сочетанной огнестрельной травме (ТСОТ), течения травматической болезни у группы тяжелораненых с ТСОТ в раннем постшоковом периоде, а также характера развивающихся осложнений и летальности. По локализации наиболее часто у раненых с ТСОТ поражались: живот (73,1%), грудная клетка (64,7%), верхние и нижние конечности (59,9%), голова (41,0%) и таз (22,4%). Тяжелые сочетанные огнестрельные ранения живота (ТСОРЖ) выявлены у 132 пострадавших. У всех пострадавших ТСОРЖ были оценены как тяжелые и крайне тяжелые. Все раненые с ТСОРЖ поступали с клиникой травматического шока: тяжелый шок (шок III-IV стадии) диагностирован у 70,0% пострадавших. ТСОРЖ сопровождались повреждением внутренних органов у 69,1%. Оперативные вмешательства обусловленные травмой живота выполнены всем пострадавшим с ТСОРЖ, при этом полостные вмешательства произведены у 90,9% раненых. Летальность, обусловленная непосредственно тяжестью сочетанных повреждений и ранними осложнениями постшокового периода, составила 43,2 %.

Проблема лечения огнестрельных ранений в современном обществе уже не является исключительным уделом военных хирургов, но и является весьма актуальной для хирургии мирного времени. Количество пострадавших с огнестрельными ранениями различного характера и тяжести, которые поступают в больницы сети гражданского здравоохранения различного уровня возрастает год от года. Это обусловлено как напряженной криминогенной обстановкой общества, так и большим количеством локальных боевых конфликтов на территории республик бывшего СССР.

Огнестрельные ранения, наносимые современным оружием, характеризуются особой тяжестью, множественными и сочетанными повреждениями, обширностью разрушения органов и тканей, сопровождаются массивной кровопотерей и шоком [1-6]. Одним из основных отличий городской огнестрельной травмы от военно-полевой является быстрота доставки пострадавших в специализированные стационары: абсолютное большинство раненых в черте города доставляются в хирургические отделения в течение «золотого» часа.

Изучена структура и характер огнестрельных повреждений у раненых, которые поступали в больницы городов Бендеры и Тирасполь во время Приднестровского военного конфликта (1992 г.).

Исследование проводилось с целью изучения структуры огнестрельных повреждений при ТСОТ, течения травматической болезни у группы тяжелораненых с ТСОТ в раннем постшоковом периоде, а также характера развивающихся осложнений и летальности.

Проведен ретроспективный анализ среди 484 раненых, которые были доставлены в приемный покой двух функционирующих городских больниц с огнестрельными ранениями различного характера и тяжести. Средний возраст поступивших больных – 32,8 лет (от 16 до 65 лет). Мужчин было – 91,0%. Из 484 доставленных пострадавших ТСОТ выявлена у 219 (45,3%), из них умерло в приемном покое 39 (17,8%). Госпитализировано в отделения хирургического профиля 180 (41,5%).

По локализации наиболее часто у раненых с ТСОТ поражались: живот (73,1%), грудная клетка (64,7%), верхние и нижние конечности (59,9%), голова (41,0%) и таз (22,4%).

Среди поступивших в отделения хирургического профиля ТСОТЖ выявлены у 110 (61,1%) пострадавших. При этом повреждения живота сочетались с ранениями конечностей у 61,8%, груди – у 50,9%, головы – у 35,5%, таза – у 30,0%, шеи – у 7,3% и позвоночника – у 3,6% раненых. Две анатомические области были повреждены у 46,4%, три – у 29,1%, четыре – у 18,2%, пять – у 6,3% раненых с ТСОТЖ.

В стационар раненые доставлялись в большинстве случаев попутным транспортом. В течение 1 часа после ранения было доставлено 61,8% раненых с ТСОТЖ, 1-3 часов – 15,5%, 3-6 часов – 7,3%, свыше 6 часов – 15,5%.

По характеру огнестрельных ранений различали минно-взрывную травму, пулевые и осколочные ранения. У поступивших с ТСОТЖ пулевые ранения выявлены в 52,7%, минно-взрывная травма - в 30,9%, осколочные ранения – в 16,4%.

Тяжесть анатомических повреждений оценивалась в сравнительном аспекте по шкалам ISS (США), ВПХ-П(ОР) (ВМедА, Санкт-Петербург) и PTS (Германия) [3, 6]. У всех пострадавших ТСОТЖ были оценены как тяжелые и крайне тяжелые: ISS – от 18 до 50 баллов (ср. – 38,2), ВПХ-П(ОР) – от 1,7 до 45 баллов (ср. – 12,6), PTS – от 18 до 82 баллов (ср. 55,2).

Все раненые с ТСОТЖ поступали с клиникой травматического и геморрагического шока. Шок I стадии выявлен у 7,3%, II стадии – 22,7%, III стадии – 51,8%, IV стадии – 18,2% раненых с ТСОТЖ. Т.е. тяжелый шок (шок III-IV стадии) диагностирован у 70,0% пострадавших с ТСОТЖ.

Тяжесть состояния раненых с ТСОТЖ и основные клинические проявления, как правило, были обусловлены доминирующими повреждениями: в 65,5% доминировали абдоминальные повреждения, в 20,9% - трама живота была сопутствующей. В 13,6% наблюдений четко определить доминирующее по клиническим проявлениям повреждение не

представлялось возможным: повреждение живота было конкурентным по тяжести с ранениями других локализаций.

Всем пострадавшим с ТСОЖЖ противошоковые мероприятия были начаты только на госпитальном этапе.

ТСОЖЖ сопровождались повреждением внутренних органов у 69,1% (таблица 1). При этом один орган брюшной полости был поврежден у 27,3%, два – у 25,5%, три – у 8,2%, более трех органов – у 2,7% раненых с ТСОЖЖ.

**Таблица 1.**

**Частота повреждения органов брюшной полости при ТСОЖЖ**

<b>Поврежденный орган</b>	<b>Число наблюдений, %</b>
Тонкая кишка	40,0%
Печень	30,0%
Толстая кишка	24,6%
Диафрагма	14,5%
Селезенка	8,2%
Брыжейка кишки	8,2%
Поджелудочная железа (ПЖЖ)	5,5%
Почка	5,5%
Двенадцатиперстная кишки (ДПК)	3,6%
Магистральные сосуды	3,6%
Желудок	2,7%
Мочевой пузырь	1,8%

Особенностью тяжелых сочетанных огнестрельных ранений является высокая нуждаемость в оперативных методах лечения [1, 5, 6]. Оперативные вмешательства обусловленные травмой живота выполнены всем пострадавшим с ТСОЖЖ, при этом полостные вмешательства произведены у 90,9% раненых, в том числе диагностические манипуляции (лапароскопия и лапароцентез) – у 10,9%, только ПХО ран брюшной стенки – у 9,1%. Сочетанные экстренные оперативные вмешательства в других анатомических областях были произведены 90,9% раненых с ТСОЖЖ, при этом два вмешательства – в 34,6%, три – в 26,4%, четыре и более – в 30,0% случаев.

Объем оперативного вмешательства определялся характером повреждений: два и более органов брюшной полости было повреждено у

72,7% пострадавших с ТСОЖ. Огнестрельное ранение селезенки или почки требовало удаления органа, повреждение тонкой кишки, желудка, ДПК, мочевого пузыря, магистральных сосудов – ушивания повреждений. При ранениях печени и ПЖЖ выполнялось ушивание органа, тяжелые повреждения сопровождались атипичными резекциями. При огнестрельных ранениях толстой кишки в 70,4% случаев накладывалась колостома, у 29,6% - пораженный сегмент кишки резецировался с наложением анастомоза.

Релапаротомии произведены 7 (7%) ранее оперированным пострадавшим: по поводу перитонита – 5% (множественные повреждения тонкой и толстой кишок, печени и ПЖЖ (4), перфоративная язва ДПК(1)), ранней спаечной кишечной непроходимости и абсцесса брюшной полости - соответственно у 1%. Плановые санации брюшной полости (лапаростомия) производились 4 раненым. Умерло после релапаротомии 4 пациента, в том числе 2 после лапаростомии.

ТСОЖ обусловила тяжелое течение травматической болезни у абсолютного большинства раненых. В раннем постшоковом периоде осложнения, обусловленные перенесенной травмой, развились у 75,5% пострадавших. По одному осложнению выявлено у 48,2% пострадавших, два и более – у 27,3%. Осложнения со стороны легких диагностированы у 60,2% раненых, брюшной полости – у 18,1%, ЦНС – у 8,4%, сердечно-сосудистой системы и почек – у 7,2%, печени – у 3,6%, тромбо-геморрагические осложнения – у 4,8%, нагноительные раневые осложнения – у 16,9%.

У 31,8% пострадавших с ТСОЖ развившаяся ПОН явилась причиной летального исхода в раннем постшоковом периоде. Осложнения, которые обусловили органную и полиорганную дисфункцию у пострадавших с ТСОЖ были представлены респираторным дистресс-синдромом (20,0%), энцефалопатией, вплоть до комы (7,3%), перитонитом (6,4%), сердечно-сосудистой недостаточностью и ДВС-синдромом (4,6%), почечной недостаточностью (3,6%), печеночной и печеночно-почечной недостаточностью (2,7%), газовой гангреной (0,9%).

Общая летальность у доставленных раненых с ТСОЖ, обусловленная непосредственно тяжестью сочетанных повреждений и ранними осложнениями постшокового периода, составила 43,2%: не выходя из шока (до и во время операции) скончались 16,6% из них, вследствие осложнений постшокового периода – 26,5%. Из 110 госпитализированных пострадавших с ТСОЖ умерло 35 (31,8%). Пулевые ранения наблюдались у 51,4% умерших, минно-взрывная травма - у 28,6%, осколочные ранения – у 20,0%. Тяжелый шок (III - IV стадии) выявлен у 94,3% умерших.

Таким образом, ТСОЖ представлена наиболее тяжелой категорией раненых с разноплановыми повреждениями нескольких анатомических областей, которые обусловили тяжелое течение травматической болезни и многообразие тяжелых, порой сочетанных осложнений, вплоть до ПОН, которая явилась основной причиной смерти пострадавших в раннем послешоковом периоде.

Особенностью лечебно-эвакуационного обеспечения вооруженного конфликта на территории города являлось исключение многоэтапности медицинской помощи: после оказания доврачебной помощи эвакуация осуществлялась в многопрофильные стационары [5]. При этом быстрая доставка раненых с обширными разрушениями жизненно важных органов и магистральных сосудов способствовала повышению дооперационной и послеоперационной летальности. Вместе с тем, минимальное число этапов медицинской эвакуации сократило время до начала лечения, диагностическое оборудование и высококвалифицированные специалисты стационаров обеспечили реализацию всего комплекса диагностических и лечебных мероприятий в полном объеме, что способствовало повышению эффективности оказания помощи пострадавшим.

Таким образом, в условиях специализированных многопрофильных центров первичная хирургическая обработка огнестрельных повреждений, даже при массивном поступлении раненых, может и должна носить одномоментный и исчерпывающий характер.

## **Литература:**

1. Бисенков Л.Н., Зубарев П.Н. Хирургическое лечение инфекционных осложнений повреждений груди и живота. – СПб.: LOGOS, 1997. – 224 с.
2. Военно-полевая хирургия / Под ред. Э.А. Нечаева. – СПб., 1994. - 455 с.
3. Гуманенко Е.К., Бояринцев В.В., Супрун Т.Ю. Методология объективной оценки тяжести травм (Часть II. Оценка тяжести огнестрельных ранений) // Вестн. хирургии. – 1997. - №3. – С.40-42.
4. Козлов И.З., Горшков С.З., Волков В.С. Повреждения живота. – М.: Медицина, 1988. – 224 с.
5. Современная огнестрельная травма / Материалы Всероссийской научной конференции / Под ред. Е.К. Гуманенко. – СПб, 1998. – 144 с.
6. Цибуляк Г.Н. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений. - СПб.: Гиппократ, 1995. - 428 с.