

В послеоперационном периоде умерли 5 больных (7,5%). 3 больных умерли от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности. У 2 больных причиной смерти явилась прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность.

С рестенозом гепатикохоледоха в отдаленные сроки госпитализированы 3 больных. 2 из них произведена реконструктивная операция — гепатикоюностомия на транспеченочном дренаже по Прадери-Смиту. Одной больной произведено стентирование гепатикохоледоха.

Заключение. Диагностика синдрома Мириizzi в дооперационном периоде сложна. Косвенным УЗИ-признаком синдрома является сморщенный желчный пузырь с расширением печеночной части протока.

Всем больным с подозрением на синдром Мириizzi необходимо выполнение рентгено-эндоскопического исследования, которое по возможности должно закончиться рентгено-эндоскопическим вмешательством. Целью его является восстановление нормального оттока желчи, как первый этап подготовки больного к открытой холецистэктомии.

Открытая холецистэктомия должна выполняться после вскрытия желчного пузыря, тщательной ревизи

и сохранения лоскута пузыря (субтотальной холецистэктомии) для пластики гепатикохоледоха.

При полном разрушении стенки гепатикохоледоха необходимо наложение гепатикоюноанастомоза. В условиях острого холангита — наружное дренирование гепатикохоледоха с последующей реконструктивной операцией через 3 месяца.

Библиографический список

1. Ревякин В.И. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi // 50 лекций по хирургии: под ред. проф. В.С. Савельева. М.: Триада-Х, 2004. 413-421 с.
2. Гальперин Э.И. Синдром Мириizzi: особенности диагностики и лечение // Анналы хирургической гепатологии. 2006. № 3. С. 7-10.
3. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мириizzi. Диагностика и лечение. М.: Медицина, 2003. 12 с.
4. Майстренко Н.А. Современные возможности диагностики синдрома Мириizzi (сообщение 1) // Вестник хирургии. 2009. № 2. С. 27-33.
5. Шейко С.Б. Тактические и технические аспекты современного лечения больных с синдромом Мириizzi (сообщение 2) // Вестник хирургии. 2009. № 3. С. 25-28.
6. Виноградов ВВ., Зима П.И., Кочишвили В.И. Непроходимость желчных путей. М.: Медицина, 1997. 132 с.

УДК617.55-001.45-089:61:355(470.661)(045)

Оригинальная статья

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ЖИВОТА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО КОНФЛИКТА

М.С. Громов — начальник Саратовского военно-медицинского института, генерал-майор, профессор, доктор медицинских наук; *А.З. Керимов* — 9-я городская больница, г. Грозный, врач-хирург.

SURGICAL TECHNIQUE OF ABDOMINAL GUNSHOT WOUND TREATMENT IN CONDITIONS OF REGIONAL CONFLICT

M.S. Gromov — Ministry of Defense of the RF, Head of Saratov Military Medical Institute, Professor, Doctor of Medical Science; *A.Z. Kerimov* — Grozny Municipal Hospital № 9, Surgeon.

Дата поступления — 13.05.2010 г.

Дата принятия в печать — 15.06.2010 г.

М.С. Громов, А.З. Керимов. Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях живота в условиях регионального конфликта. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 2, с. 460-462.

В статье приводятся результаты лечения проникающих огнестрельных ранений живота в экстремальных условиях.

Ключевые слова: огнестрельное ранение, опережающая тактика лечения.

M.S. Gromov, A.Z. Kerimov. Surgical technique of abdominal gunshot wound treatment in conditions of regional conflict. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2010, vol. 6, № 2, p. 460-462.

The article points out the results of treatment of penetrating gunshot wounds of abdomen in extreme conditions.

Key words: gunshot wound, advanced technique of treatment.

Введение. Лечение огнестрельных ранений живота относится к одному из сложных разделов абдоминальной хирургии и сохраняет высокую актуальность [1-4]. Данные многих авторов, касающиеся результатов лечения этой патологии, часто несопоставимы из-за разных условий оказания медицинской помощи. Система этапного лечения в военно-полевых условиях при массовом поступлении раненых предусматривает преемственность лечебных мероприятий, выполняемых последовательно в разных местах на пути эвакуации пострадавших. Объем лечебных мероприятий в этой системе зависит от боевой и ме-

дицинской обстановки. В то же время при оказании помощи по поводу огнестрельных ранений в крупных городах имеется возможность быстрой доставки пострадавших в специализированные лечебные учреждения для выполнения одномоментного исчерпывающего хирургического вмешательства с последующим постоянным наблюдением в стационарных условиях.

Современная патогенетическая концепция перитонита любого происхождения рассматривает его как самостоятельный патологический процесс, имеющий фазную программу развития. Реализация этой программы определяется, с одной стороны, выраженностью развивающегося эндотоксикоза, как ведущего звена патогенеза, а с другой, — эффективностью защитно-компенсаторных механизмов [1, 2, 4]. Чем выраженнее эндотоксикоз, чем слабее резистент-

Ответственный автор — Керимов Адлан Замбекович, врач-хирург, 9-й гор. больница, г. Грозный 366005, Чеченская республика, Грозненский район, с. Алхан-Кала, ул. Центральная усадьба. Тел.: 88287386514 E-mail: adlan95@rambler.ru

ность, тем хуже результаты лечения, несмотря на применение самых современных методов интенсивной терапии. Опыт, полученный нами во время военного конфликта в Чечне, показал, что данная концепция при ранениях в живот приобретает особое значение, поскольку перитонит возникает и прогрессирует на чрезвычайно неблагоприятном фоне, обусловленном стрессом, шоком, большой кровопотерей. В этиопатогенезе огнестрельного перитонита большое значение имеет повреждение желудочно-кишечного тракта за пределами раневого канала, микробное загрязнение брюшной полости, бактериальный спектр которого определяется уровнем повреждения желудочно-кишечного тракта. Для успешного лечения таких пациентов большое значение имеет правильное построение программы лечения до операции, во время ее проведения и в послеоперационном периоде. Ее суть в том, чтобы быстрее вывести раненого из состояния шока, прервать развитие системного воспаления в начальной стадии, выбрать оптимальную очередность проведения лечебно-профилактических мероприятий на основе прогноза тяжести раневого процесса. Разработка такой программы и проверка ее эффективности составили цель данной работы.

Методы. Изучены результаты лечения 110 пострадавших с повреждениями живота различного происхождения в 9-й городской больнице г. Грозного с 2000 по 2003 гг. Пациентов доставляли в приемное отделение попутным транспортом (родственники или случайные лица). Из них мужчин было 92, женщин — 18. Возраст пациентов — от 3 до 74 лет (средний возраст — 30,5). В операционной проводили осмотр всей поверхности тела с целью выявления локализации ранений в ходе подготовки к операции.

Диагностику огнестрельных ранений живота проводили на основании осмотра раненых, физикального обследования и по показаниям выполняемой диагностической микролапаротомии. Лапароцентез данной группе раненых не выполняли в связи с отсутствием показаний.

Оказание хирургической помощи пострадавшим с проникающими абдоминальными ранениями до настоящего времени сводится к неотложной операции — лапаротомии. Операция при этом рассматривается как основной элемент противошоковой терапии, как диагностическая манипуляция, а также как доступ для коррекции поврежденных органов. В наших условиях при огнестрельных ранениях живота мы придерживались активной тактики, полагая, что неоправданная лапаротомия менее опасна, чем поздняя операция.

Лапаротомия была выполнена в среднем через 20 ± 8 мин с момента госпитализации.

Мы руководствовались тремя моментами при выборе лапаротомного доступа:

- расположением входного и выходного отверстий раневого канала позволяло предположить проекцию его хода и осуществить приблизительную оценку зоны повреждения;

- клинической картиной на момент осмотра. Например, если наибольшая болезненность определялась в верхнем этаже живота, это обосновывало выполнение соответственно верхнесрединной лапаротомии;

- в неясных случаях, при наличии нескольких ран на передней брюшной стенке, а также тогда, когда имел место разлитой перитонит или массивное внутрибрюшное кровотечение, выполняли средне-срединную лапаротомию. Указанный доступ обла-

дает тем преимуществом, что через него возможно выполнение полноценной ревизии всей брюшной полости, а при необходимости он может быть продлен вверх или вниз.

У пациентов с четкими убедительными признаками проникающего характера раны сразу же производили широкую срединную лапаротомию с неукоснительным и последовательным выполнением всех этапов во время операции (тщательная ревизия и ограничение поврежденных полых органов, приоритетная остановка кровотечения, прослеживание раневого канала от передней брюшной стенки в брюшную полость и забрюшинное пространство).

Результаты. Пулевые ранения диагностированы у 81 пострадавшего, осколочные — у 29. Сквозные ранения живота отмечены в 35 наблюдениях, слепые — в 75. Из них проникающие ранения живота выявлены у 90 пострадавших, повреждение внутренних органов имели 87 раненых, без повреждения внутренних органов — 3. Изолированные ранения паренхиматозных органов отмечены у 12 оперированных; желудка и тонкой кишки — у 27; в сочетании с паренхиматозными органами — 11; повреждение толстой кишки — 4; в сочетании с другими органами брюшной полости — 33.

Хирургическую тактику всегда определяли в зависимости от клинической картины и медикотактической обстановки. В условиях плохо развитой медицинской инфраструктуры мы придерживались активной тактики ведения раненых в живот, ставя во главу угла опережающий характер и принцип комплексности интенсивной терапии. Подавляющее большинство (79%) больных поступили непосредственно в операционную.

Исходя из местных особенностей, мы учитывали промежуток времени с момента травмы до поступления в стационар и результаты простейших методов обследования: общее состояние, жалобы, цвет кожных покровов и слизистых оболочек, состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем (аускультативные данные, частота, ритм дыхания, АД, ЧСС), локальный статус. При переключении пострадавшего с носилок на операционный стол проводили осмотр всей поверхности тела с целью выявления локализации входного и выходного отверстий. При этом одновременно продолжалось реанимационно-анестезиологическое пособие.

По локальному статусу мы выделили категорию пострадавших, которые не нуждались в применении каких-либо методов исследования, так как проникающий характер раны или факт внутрибрюшной «катастрофы» не вызывал сомнений. К ним относили раненых, имевших эвентрацию в рану петель кишки, сальника (17 человек) отчетливые перитонеальные симптомы (31 человек), картину внутрибрюшного кровотечения (39 человек). Эти пациенты сразу направлялись в операционную для выполнения лапаротомии в экстренном порядке.

При отсутствии достоверных признаков повреждения внутренних органов пострадавшим выполняли диагностическую микролапаротомию. Кровь обнаружена у 3 пострадавших (проникающее ранение живота без повреждения внутренних органов).

Релапаротомии потребовались только 6 пациентам. Средний койко-день составил 11,7. Погибли 11 пострадавших (от острой кровопотери — 8, от повреждений, не совместимых с жизнью, — 3).

Обсуждение. Следует подчеркнуть, что подавляющее большинство публикаций по этой проблеме принадлежат военным хирургам. Известно, что система

этапного лечения в военно-полевой хирургии предусматривает расчленение единого лечебного процесса на отдельные мероприятия, проводимые в нескольких местах и в разное время. Более того, объем лечебных мероприятий в этой системе в решающей степени зависит от боевой и медицинской обстановки (Брюсов П.Г., 1995). В то же время при огнестрельных ранениях в крупных городах имеется возможность быстрой доставки пострадавших в хирургические стационары для оказания им специализированной хирургической помощи единовременно с постоянным наблюдением в послеоперационном периоде, поэтому данные многих авторов, касающиеся результатов лечения огнестрельных ранений, несопоставимы не только из-за разных условий оказания медицинской помощи, но и ввиду принципиальных различий самих систем.

В условиях плохо развитой медицинской инфраструктуры с ограниченными техническими возможностями (Умханов Х.А., Керимов А.З., 2004) это определяет превентивную хирургическую тактику в отношении проникающих ранений груди и живота или наоборот, выжидательную тактику в случае ранений мягких тканей с учетом обширности дефекта тканей. При этом последние могут предоставлять некий резерв по времени и средства для лечения пострадавших с более тяжелыми повреждениями. В доступной нам литературе [1-4] не обнаружены сведения об использовании кадровыми военно-полевыми хирургами опережающей и выжидательной хирургической тактики с огнестрельными повреждениями. Это обстоятельство побудило нас к поиску наиболее рациональных путей оказания хирургической помощи пострадавшим.

В этом аспекте необходимо отметить, что почти во всех отечественных и иностранных научных публикациях, диссертационных исследованиях рассматриваются различные вопросы оказания хирур-

гической помощи в вооруженных конфликтах только силами медицинских формирований, которые изначально предназначены для выполнения данной задачи. В России – это медицинские формирования силовых министерств и ведомств, а также медицинские формирования Всероссийской службы медицины катастроф с головным полевым многопрофильным госпиталем (ПМГ) «Федерального государственного учреждения «Всероссийский центр медицины катастроф», «Защита» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». Как в зарубежной, так и в отечественной литературе, практически не встречаются работы, отражающие опыт оказания хирургической помощи в местных лечебных учреждениях, рядовыми врачами, оказавшимися в зоне вооруженного конфликта, в том числе и при огнестрельных ранениях различной локализации.

Заключение. Таким образом, наш опыт показал, что даже в условиях плохо развитой медицинской инфраструктуры и крайне сложной медико-тактической обстановки активная хирургическая тактика в сочетании с одноэтапным оказанием помощи позволяет добиться вполне приемлемых результатов лечения огнестрельных ранений живота.

Библиографический список

1. Белый В.Я. Патофизиологические аспекты и пути патогенетической терапии острого разлитого перитонита: Автореф. дис. д-ра мед. наук. Л., 1987.
2. Ерюхин И.А., Белый В.Я. Закрытая травма живота Харьков, 1981. С. 133-134.
3. Хряков А.С., Есетов А.К., Разумов А.Н., Шубин Ю.В. Сквозное огнестрельное ранение живота с множественными повреждениями внутренних органов // Хирургия. 2005. №10. С. 65-66.
4. Герасимов Г.Л., Полушин Ю.С., Терентьев П.П. Опережающая интенсивная терапия при огнестрельных ранениях живота. Анестезиология и реанимация. М., 1998. С. 16-19.

УДК616.147-005.93-002.364-08:615.32-849.19

Оригинальная статья

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ ЛИМФОСТАЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Б.Н. Жуков — ГОУ ВПО Самарский ГМУ Росздрава, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, профессор, доктор медицинских наук; **М.А. Мельников** — ГОУ ВПО Самарский ГМУ Росздрава, НИИ «Неионизирующие излучения в медицине», врач, сердечно-сосудистый хирург сосудистого отделения клиники госпитальной хирургии.

LASER TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF PATIENTS WITH SECONDARY LYMPHOSTASIS OF LOWER EXTREMITIES

B.N. Jukov – Samara State Medical University, Head of Department of Hospital Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **M.A. Melnikov** – Samara State Medical University, Scientific Research Institute «Nonionizing Radiation in Medicine», Vascular Ward of Hospital Surgery Clinic, Cardiovascular Surgeon.

Дата поступления — 25.01.2010 г.

Дата принятия в печать —

Б.Н. Жуков, М.А. Мельников. Лазерные технологии в лечении больных вторичным лимфостазом нижних конечностей. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 2, с. 462-464.

Фотодинамическая терапия начала развиваться как передовая технология с 1980 года во многих ведущих институтах мира и первоначально использовалась в лечении рака, включая три компонента: фотосенсибилизатор, источник лазерного излучения и синглетный кислород. Также проводились клинические исследования при лечении псориаза и гнойничковых поражений кожи. Фотосенсибилизатор — это химическое вещество, которое активизируется источником лазерного излучения и переходит в возбужденное состояние. Обычно используются инфракрасные источники излучения. При взаимодействии фотосенсибилизатора и источника лазерного излучения происходит образование синглетного кислорода и свободных радикалов. Обе составляющие являются мощными окислителями биомолекул, в которых они образуются, и способствуют их гибели.

Ключевые слова: фотосенсибилизатор, фотодинамическая терапия, синглетный кислород.

B.N. Jukov, M.A. Melnikov. Laser technologies in treatment of patients with secondary lymphostasis of lower extremities. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2010, vol. 6, № 2, p. 462-464.

Photodynamic therapy (PDT), matured as a feasible medical technology in the 1980s at several institutions throughout the world, is a ternary treatment for cancer involving three key components: a photosensitizer, light, and tissue