

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ЧЕЧЕНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи

ХАСИХАНОВ

Султан Султанбекович

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ГРУДИ, ЖИВОТА И
СОСУДОВ КОНЕЧНОСТИ**

14.01.17 – хирургия

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
А.Я. Дадаев

Научный консультант:
доктор медицинских наук,
профессор В.В. Масляков

Нальчик – 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	4
Введение.....	5
Глава 1. Литературный обзор.....	10
1.1. Современное состояние вопроса проблемы огнестрельных ранений.....	10
1.2. Качество жизни.....	25
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.....	32
2.1. Общая характеристика клинического материала.....	32
2.2. Методика изучения качества жизни пациентов.....	35
2.3. Методики клинических исследований.....	38
2.4. Методы статистической обработки результатов исследования.....	40
ГЛАВА 3. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ГРУДИ И ЖИВОТА.....	42
3.1. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с огнестрельными ранениями живота.....	42
3.2. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с огнестрельными ранениями органов груди.....	48
3.3. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с торакоабдоминальными огнестрельными ранениями.....	54
ГЛАВА 4. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ.....	60
4.1. Результаты исследования пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений сосудов по шкале Rutherford в отдаленном послеоперационном периоде.....	60
4.2. Изучение показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции у пациентов после огнестрельных ранений сосудов в отдаленном послеоперационном периоде.....	63

4.3. Результаты исследования качества жизни пациентов, оперированных на сосудах по поводу огнестрельных ранений.....66

ГЛАВА 5. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА ЖИВОТЕ И ГРУДИ, В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....72

5.1. Результаты изучения показателей качества жизни у пациентов, оперированных на животе.....72

5.2. Результаты изучения показателей качества жизни у пациентов, оперированных на органах груди.....74

5.3. Результаты изучения показателей качества жизни у пациентов, оперированных по поводу торакоабдоминальных ранений.....77

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....82

ВЫВОДЫ.....96

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....98

ПРИЛОЖЕНИЕ.....99

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....107

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление

КЖ – качество жизни

ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс

РИ - реографический индекс

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФИ – фотоплетизмографический индекс

ЭКГ – электрокардиографическое исследование

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Частота огнестрельных ранений сохраняет тенденцию к увеличению как в локальных войнах и вооруженных конфликтах, так и в практике гражданского здравоохранения, и нет никакой надежды на их снижение [Абакумов М.М. и др., 2001; Бобенко О.В. и соавт., 2001; Керимов А.З., 2010]. При изолированных ранениях груди летальность колеблется от 1,4 до 16,2% [Бисенков Л.Н., 1992; Брюсов и др., 1993] при изолированных ранениях живота – от 8 до 36% [Косачев И.Д. и др., 1994; Hishberg A., Wall M.J., 1995], при торакоабдоминальных ранениях – от 39,7 до 80% [Долинин В.А., 1991; Шапошников Ю.Р., 1984]. В ряду самых разнообразных повреждений, возникающих в военных конфликтах, огнестрельная травма занимает одно из ведущих мест, как по частоте, так и по тяжести. Однако, не смотря на имеющиеся успехи, проблема, особенно в условиях локальных войн и вооруженных конфликтов, продолжает оставаться весьма актуальной и недостаточно изученной [Нечаев Э.А. и др., 1994; Bellamy F.et. al., 1991; Coupland R.M., 1993].

Вызываемые современным боевым оружием все более тяжелые множественные и сочетанные повреждения требуют новых организационных решений, высокой медицинской квалификации персонала и значительных усилий, направленных на сохранение жизни, трудоспособности или боеспособности максимальному числу раненых.

В современных военных конфликтах боевые повреждения опорно-двигательной системы достигают 70-75% от всего числа санитарных потерь. Ранения верхних конечностей составляют 23,2-28,5%, нижних – 37,4-43,1% всех боевых ранений. В 3,7% случаев боевые повреждения конечностей сопровождаются повреждением магистральных сосудов [Капустин Р.Ф., Гомбалеvский Д.В., 2004].

При проведении анализа доступной литературы, как отечественной, так и зарубежной, выявлено, что в публикациях достаточно хорошо освещены вопросы осложнений, возникающих в ближайшем послеоперационном периоде. В тоже время вопросы, касающиеся изучения отдаленных результатов и качества жизни таких пациентов, остаются малоизученными.

Цель исследования: улучшение отдаленных результатов и качества жизни пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений груди, живота и периферических сосудов.

Задачи исследования:

1. Определение числа осложнений в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений живота, груди и торакоабдоминальных ранений.

2. Анализ показателей качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде после операций на брюшной, грудной полости и торакоабдоминальных ранений.

3. Исследование отдаленных результатов лечения у пациентов с огнестрельными ранениями периферических сосудов конечностей. Установление взаимосвязи между характером выполненной операции у пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений сосудов и показателей качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

Научная новизна

В результате проведенного исследования впервые выявлено, что в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений живота, осложнения встречаются в 76,4%, после огнестрельных ранений груди – 77,2%, торакоабдоминальных ранений – 66,6% наблюдений. На основе изучения показателей КЖ в

отдаленном послеоперационном периоде установлено, что происходит снижение показателей, характеризующих физический компонент здоровья. Установлено, что хирургические вмешательства на периферических сосудах конечностей, выполненные по показаниям с сохранением кровотока в конечности не оказывает отрицательного влияния на течение отдаленного послеоперационного периода и показатели периферической гемодинамики и микроциркуляции. Применение резекции участка сосуда приводит к снижению показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции и ухудшает течение отдаленного послеоперационного периода и приводит к снижению показателя КЖ характеризующего физический компонент.

Практическая значимость

Полученные результаты позволяют оптимизировать объем помощи пациентам после различных операций, выполненных по поводу огнестрельных ранений внутренних органов и сосудов. На основании полученных результатов установлено, что к оптимальным видам лечения огнестрельных ранений сосудов можно отнести наложение циркулярного шва на артерию и аутовенозного протеза.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Огнестрельные ранения приводит к снижению показателей КЖ характеризующих физический компонент здоровья в 3 раза по сравнению с группой относительно здоровых людей.

2. Применение резекции участка сосуда после огнестрельных ранений в отдаленном послеоперационном периоде ведет к снижению показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции

гемодинамики и микроциркуляции в 1,5 раза по сравнению с группой сравнения.

3. Перевязка сосудов, наложение циркулярного шва на артерию, аутовенозного протеза в отдаленном послеоперационном периоде не снижает показатели КЖ.

Реализация результатов исследования

Результаты исследования используются в работе Федерального государственного учреждения «354 Окружной военной клинической госпиталь МО РФ», Государственное бюджетное учреждение «Республиканская клиническая больница им. Ш.Ш. Эпендиева», Государственное бюджетное учреждение «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Грозный.

Материалы работы используются в лекциях и на практических занятиях на кафедрах клинической медицины Саратовский филиал Негосударственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Медицинский институт «РЕАВИЗ» Минобрнауки России, кафедре госпитальной хирургии Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего профессионального образования «Чеченский государственный университет» Минобрнауки России.

Апробация диссертации

Материалы диссертации доложены и обсуждены на III Межвузовской научно-практической конференции студентов и молодых ученых (НОУ ВПО СМИ «РЕАВИЗ», Саратов, 2013), хирургическом обществе имени С.И. Спасокукоцкого (Саратов, 2013). Материалы диссертации обсуждены на межкафедральной конференции кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ

ВПО «Чеченский государственный университет» Минобрнауки России и СФ
НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ» Минобрнауки России.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 8 научных работ, из них 6 – в журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 129 страницах компьютерного текста и состоит из введения, 5 глав (обзор литературы, собственные результаты и их обсуждение), заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы из 181 источника (136 отечественных и 45 зарубежных авторов) и приложения. Работа иллюстрирована 17 таблицами и 6 рисунками.

ГЛАВА 1

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Современное состояние вопроса проблемы огнестрельных ранений

В экстренной и военно-полевой хирургии огнестрельные ранения груди и живота являются сложной проблемой. В настоящее время частота огнестрельных травм в локальных войнах, вооруженных конфликтах и в практике гражданского здравоохранения имеет тенденции к увеличению [39,102,114].

Внедрение интратрахеального наркоза и управляемого дыхания, достижения в области анестезиологии и реаниматологии, а также общий прогресс науки после войны привел к определенному скачку в развитии торакальной хирургии, который открыл возможность вмешательств практически на всех органах груди. Несмотря на это, в практической работе хирургов опыт войны еще не нашел свое отражение. Р.Ф. Дынина (1957 г.) приводит данные, которые показывают недостаточную хирургическую активность в те годы: торокотомия была произведена 4,1%, а лапаротомия лишь 2,3%, что в большинстве случаев приводила к смертельным исходам [15,37,56].

Из публикаций с середины 50-х годов, где приводятся данные различных хирургических учреждений страны, отмечается улучшения результатов лечения пострадавших с ранениями груди. Это связано с тем, что увеличилось количество сторонников активной хирургической тактики [15,58].

Во время военных действий в Корее было произведено полное изучение лечения раненых, что привело к изменению в лечебной тактике и

эвакуации. Были созданы торакоабдоминальные центры, оснащенные специальным оборудованием и доставка раненых в эти центры производилась быстрее (через 5 – 6 часов), что позволяло своевременно оказывать им своевременную хирургическую помощь. После полного изучения результатов лечения при гемотораксе большая часть хирургов начали применять закрытое дренирование полости плевры трубками. Применяемый вышеописанный метод дренирования, а также широко внедрившиеся антибиотики в те годы привели к снижению количества эмпием плевры после ранений [15,27,58].

В годы Великой Отечественной войны половина раненых с проникающими ранениями груди без открытого пневмоторакса хирургической обработке не подвергались [15,58]. Это подтверждает и клинический опыт, который показывает, что хирургическую обработку можно не выполнять при сквозных и слепых ранениях груди, диаметр которых не превышает 2 – 2,5 см, нет повреждения крупных сосудов с гематомами, раздробления костей и открытого пневмоторакса.

При продолжающемся кровотечении клапанном и открытом пневмотораксе, повреждения органов средостения, свернувшимся гемотораксе и крупных инородных телах легких плевры многие авторы стали предлагать производить оперативные вмешательства, появились больше сторонников широкой торакотомии. [161].

В американо-корейской войне был достигнут определенный прогресс в оказании помощи пострадавшим с проникающими ранениями груди, что привело к улучшению общих результатов лечения. По различным источникам, до 68% раненых было возвращено в строй. Сократилось длительность лечения до 3-6 недель, снизилась летальность до 8%, но число

гнойных осложнений оставался высоким – до 25%. Показания к торакотомии и другие вопросы лечебной тактики оставались неясными [12,15,18,60].

В дальнейшем опыт, полученный во время военных действий во Вьетнаме, Эфиопии и Афганистане совершенствовали методы лечения проникающих ранений груди и живота [167,190,212].

Совершенствование способов эвакуации раненых с поля боя сыграло большую роль. В условия современной локальной войны, с широким использованием авиации, сроки доставки раненых на этап квалифицированной и специализированной помощи значительно сократилось. По данным Гуманенко Е.К. (1998), во время локальных конфликтов на Северном Кавказе 1994-96гг. пострадавших доставляли в лечебные учреждения через $2,3 \pm 0,3$ часа [40].

В городских условиях более 90% пострадавших поступают сразу на этап оказания специализированной помощи [7,8,23,33,39,42,51].

Из-за сокращения сроков транспортировки раненых количество больных поступающие в стационар в крайне тяжелом состоянии увеличиваются. По словам А.Н. Беркутова – «убитые, но не успевшие умереть».

Улучшение конечных результатов лечения пострадавших с проникающими ранениями груди достигли многие передовые лечебные учреждения, которые были в достаточной степени оснащены медикаментозными средствами и современной техникой и анестезиологическим оборудованием.

R.Vergilio (1970) было проанализировано результаты лечения раненых в грудь находившихся в армейском госпитале во Вьетнаме в 1966 – 1967 гг., общее число которых составило 125 человек, из них 82 с гемопневмотораксом и 15 открытым пневмотораксом. Раненым с

гемопневмотораксом сразу при поступлении устанавливали широкопросветные дренажи в шестом-седьмом межреберье по средней подмышечной линии для удаления крови и воздуха из плевральной полости. Раненым с открытым пневмотораксом производили хирургическую обработку раны, под общим обезболиванием с интубацией трахеи. После удаления сгустков крови, фибрина, инородных тел и остановки кровотечения из поврежденных органов хирургическое вмешательство заканчивалось с обязательным установлением дренажа в плевральную полость. Широкая торакотомия выполнена 11 пострадавшим из 125 из-за продолжающегося внутривнутриплеврального кровотечения и ранения сердца [156,190,197].

При торакоабдоминальных ранениях выполняли лапаротомию и дренирование плевральной полости [67,98,123].

По данным анализа, средняя продолжительность лечения составила 29 сут. У 94% больных лечение ограничивалось противошоковой терапией и ранним дренированием плевральной полости. Летальность при ранениях груди составила 8%, а при торакоабдоминальных ранениях – 16% [200,213].

Более емкое и тщательное исследование результатов лечения 476 пациентов с проникающими ранениями груди провели L. Patterson et al. (1968). Материал исследования был собран по данным торакального центра на Филиппинах – высокоспециализированный центр. Время госпитализации с момента ранения составило 6 – 61 день (в среднем 9,4 дня). Количество раненых получивших только противошоковую терапию и дренирование плевральной полости составило 76,6%. При гемопневмотораксе пункционный метод удаления крови и воздуха из плевральной полости использовали в 5,5% случаев. Выполнение торакотомии потребовалось пострадавшим с продолжающимся внутривнутриплевральным кровотечением и ранением сердца, которое по данным этого исследования составило 10,8%

(52 раненых). В данном исследовании, раненые, нуждающиеся в отсроченных вмешательствах, авторами были отнесены в отдельную группу. В эту группу были включены пациенты с рецидивирующей тампонадой сердца, свернувшимся гемотораксе, инородных телах, эмпиеме плевры и при интенсивном поступлении по воздуха по дренажам из полости плевры. Данная группа составила 11,8% от общего числа (66 раненых). Общая летальность снизилась до 3,6% [15]. По такой же тактике проводили лечение и другие авторы с проникающими ранениями груди во время военных действий.

Накопленный опыт хирургов во время военных действий во Вьетнаме, оснащение более современной техникой и медикаментозными средствами специализированных госпиталей позволило улучшить результаты лечения проникающих ранений грудной клетки;

- метод пункционной аспирации воздуха и крови ушел на второй план с внедрением закрытого дренирования;

- при закрытом дренировании плевральной полости стали использовать широкопросветные трубки (13 – 14 мм) и аспирационные устройства, что уменьшало количество осложнений таких, как свернувшийся гемоторакс и эмпиема плевры;

- сторонников активной хирургической тактики с торакотомией стало больше, 20 – 25% раненых с торакотомией;

- были изучены случаи ушибов легких, полученные при огнестрельных ранениях;

- снизилась общая летальность пациентов с огнестрельными ранениями груди до 5,6% [15].

Проведены многолетние исследования отечественными хирургами включающие в себя более 4500 раненых в грудь во время военных действий в Эфиопии и Афганистане. Как и в предыдущих исследованиях, лечение основного количества больных (85 – 95%) включала в себя интенсивная противошоковая терапия, раннее дренирование плевральной полости [15].

Были изучены и разработаны тактики лечения при ушибах сердца и легкого с учетом патогенетической характеристики повреждений [118,168].

Были выделены более точные показания к широкой торакотомии, которые проводились только у 10-15% пострадавших. Показания к операции были распределены на три группы по срокам проведения: срочные, ранние и поздние [127,167].

При торакоабдоминальных ранениях преимущество отдавалось лапаротомии и закрытие дренирование полости плевральной полости широкопросветными трубками. Практически все авторы отказались от тораколапаротомии из-за высокой травматичности. Показания к торакотомии выставлялись редко [15,18,58].

В течение последующих лет накапливался опыт и материал для изучения лечения огнестрельных ранений груди и живота в мирное время. Но в последние годы в публикациях печаталась информация об оказании хирургической помощи раненым в вооруженных конфликтах на Северном Кавказе и в Югославии П.Г. Брюсов (1999) исследовал на Северном Кавказе в военно-полевых условиях оперативную видеоторакоскопию у 15 пострадавших с проникающими ранениями груди [15].

Хирурги выполняли малоинвазивные операции с применением современной видеоторакоскопической техники: остановку продолжающегося кровотечения, удаление свернувшегося гемоторакса, костных фрагментов, инородных тел, санация плевральной полости и даже резекцию

поврежденного легкого. По данным исследования результатов лечения установлено, что видеоторакоскопия не уступает торакотомии, даже есть некоторые преимущества. Торакотомии по данным автора выполнена только у 2,4% раненых. По данным многих авторов при диагностически сложных случаях огнестрельных ранений груди видеоторакоскопия позволяла обойтись без торакотомии [18,43,97,144,171,172,195,182].

По данным различных исследователей раненые поступают в лечебные учреждения в тяжелом состоянии, в спутанном сознании, с явными нарушениями жизненно важных функции организма, с такими, как расстройства дыхательной и сердечно-сосудистой систем, которые значительно усложняет выявление характера травмы. От своевременности и точности выявления повреждений органов и систем зависит дальнейшие результаты лечения. По данным литературы 59,3% пострадавших поступили в лечебные учреждения с шоком II-III степени и терминальном состоянии [12,115,58,59].

В таких ситуациях для более точной и быстрой постановки диагноза, от которого зависит дальнейший исход лечения, необходима определенная схема клинического обследования позволяющий, за короткий срок, выявить характер и локализацию раны и др. Такие простые методы первичного осмотра, как внимательный осмотр всего тела, не упуская из внимания ни одного точечного раневого отверстия, тщательная пальпация, перкуссия и аускультация позволяют выявить симптомы ранения сердца, продолжающегося кровотечения, быстро нарастающая острая дыхательная недостаточность (ОДН), которые требуют экстренного хирургического вмешательства. Также с помощью этих простых методов можно выявить перелом ребер, грудины или ключицы, установить факт наличия открытого пневмоторакса или гемопневмоторакса [12,58,59].

Клинические обследования без дополнительных методов диагностики позволяют получить данные о характере анатомических повреждений и выбрать основные направления лечения. А также помогают выбрать дальнейшие специальные диагностические приемы [12].

Выделяют общие диагностические признаки характерные для повреждения органов груди:

-боль на стороне ранения, усиливающаяся при дыхательных движениях, кашле, изменение положение тела;

- одышка и затрудненное дыхание;

- изменение гемодинамики;

- кровохарканье различной продолжительности и интенсивности;

- эмфизема подкожная, средостения;

- смещение средостения на противоположную сторону от ранения;

Боль и одышка встречается практически у всех раненых в грудь, а эмфизема и кровохарканье лишь в некоторых случаях.

В экстренных ситуациях выполняют лечебно-диагностическую пункцию, которая позволяет выявить гемопневмоторакс, пневмоторакс и гемоперикард, а при необходимости позволяет удалить кровь или воздух из полостей [56,89].

Правильно и своевременно выполненная торакоскопия дает много информации, позволяет уточнить объем ранений легкого, сердца, диафрагмы и других органов грудной клетки. При необходимости выбрать оптимальный доступ к органам повреждения [45,98].

В специализированных центрах по показаниям можно выполнить бронхоскопию и эзофагоскопию, как правило, решающую роль в диагностике при огнестрельных ранениях груди они не имеют [12,58].

Лабораторные исследования при огнестрельных ранениях груди помогают в диагностике и адекватной лечебной тактики. Например, общий анализ крови позволяет оценить степень кровопотери. А определение гемоглобина и гематокрита в динамике выявляет признаки продолжающегося кровотечения. Для оценки состояния и выбора адекватной интенсивной терапии помогают такие показатели крови, как кислотно-основное состояние, электролиты, объем циркулирующей плазмы, свертываемость крови и др. Очень часто раненые поступают в общехирургические стационары, где нет возможности выполнения специальных методов исследования. Поэтому всем пострадавшим обязательно выполняют рентгенологическое исследование [3,51,58,59,67,86,114,122].

Лечебные учреждения гражданского здравоохранения нашей страны не проводило серьезных разработок по оказанию помощи при огнестрельных ранениях груди мирного времени. Но опыт военных хирургов позволил внедрить рациональную хирургическую тактику при ранениях груди [12].

Тактика лечения при изолированных огнестрельных ранениях живота достаточно изучена и разработана. Тактика заключается в раннем оперативном вмешательстве с последующей интенсивной послеоперационной терапией. Определен перечень операции при огнестрельных ранениях органов живота [95,102,134]. Исследования отечественных и зарубежных ученых более подробно дали понять патогенез раневого перитонита, что помогло в определении адекватной интенсивной терапии [52]. Опыт, полученный во время военных действий, позволил разработать оптимальную хирургическую тактику при огнестрельных

ранениях живота. Были определены показания к декомпрессии тонкой кишки и дренированию брюшной полости. Для лечения раненых с шоком и кровопотерей были разработаны схемы интенсивной терапии, летальность снизилась до 23 – 37,4% [15].

При проникающих ранениях живота всегда выполняют лапаротомию, которая позволяет уточнить характер повреждения внутренних органов и устранить повреждения. А повреждения внутренних органов встречается 96 – 98% [106,102,118,106]. Некоторые авторы при ранениях живота у пациентов с устойчивой гемодинамикой предлагают выполнить лапароскопию [71,80,81,83]. Учитывая, что у более 90% раненых выявляют повреждения органов брюшной полости и на исследование уходит достаточное время, ее выполнение нецелесообразно [21,97,98].

По данным статистики военных хирургов, а также гражданского здравоохранения при огнестрельных ранениях живота наиболее часто происходит травма тонкого кишечника от 24 до 54%, ободочной кишки – от 32% до 52% и печени – до 25% [37,98,102,109].

При огнестрельных торакоабдоминальных ранениях нерешенной задачей является выбор оперативного доступа и очередности вмешательства на органах груди и живота. Выбор оперативного доступа определяется индивидуально, а также зависит от преобладающего характера повреждений груди или живота [6,27,46,94,125,193]. Различными авторами предлагались различные тактики, одни предлагали лапаротомию и пункцию плевральной полости, другие отдельные торакотомии и лапаротомию, торакотомия с пересечением реберной дуги. Одни из самых тяжелых ранений, как военного, так и мирного времени является торакоабдоминальные ранения [3,8,12,22,60,112,180]. Нет общепринятой хирургической тактики в отношении торакоабдоминальных ранений, что требует углубленного

изучения этой темы с учетом диагностических и клинических особенностей и разработать адекватную лечебную тактику. Торакоабдоминальные ранения по данным собранным за последнее время в локальных конфликтах составляет 25 – 30% [13,86,179].

Проявления торакоабдоминальных ранений были разнообразны и зависит в каждом конкретном случае от механизма повреждения. Большинство пострадавших с данным видом травмы поступают в лечебные учреждения в тяжелом или крайне тяжелом состоянии, с продолжающимся внутренним кровотечением, что затрудняет детальный осмотр раненых. Связи с этим частота диагностических ошибок при торакоабдоминальных ранениях в различных стационарах колеблется от 27 до 70% [197,179].

На основании клинической картины можно выделить 3 основные группы с торакоабдоминальными ранениями [15,66,107]:

- 1) Пострадавшие с преобладанием симптомов повреждения органов живота;
- 2) Пострадавшие с преобладанием симптомов повреждения органов груди;
- 3) Пострадавшие с выраженными симптомами повреждения органов обеих полостей.

Распределение больных по этим группам в предоперационном периоде важно для определения дальнейшей хирургической тактики и реаниматологического пособия. При всех торакоабдоминальных ранениях обязательным является адекватное обезболивание и предварительное дренирование плевральной полости на стороне поражения широкопросветными трубками. Дренирование позволяло следить за продолжающимся кровотечением, способствует расправлению легкого и

предупреждает клапанный пневмоторакс при искусственной вентиляции легких [12,85].

Эффективность интенсивной терапии оценивали по состоянию артериального и центрального венозного давления, показателей крови (гемоглобин, гематокритное число), почасового диуреза. Пациенты с признаками продолжающегося внутриполостного кровотечения немедленно направляют из приемного отделения в операционную, где параллельно начинают интенсивную терапию и оперативное вмешательство [15].

При торакоабдоминальных ранениях повреждения легкого встречались в 74 – 87%. А ранения крупных сосудов, пищевода или сердца встречается редко. По характеру ранения легкого – чаще всего дырчатые или краевые ранения нижнего края легкого [15,66,102,107].

Повреждения органов брюшной полости при данном виде травмы встречались в 97 – 98% случаев, из них 73% это ранения одного органа живота. Торакоабдоминальные ранения без повреждений внутренних органов брюшной полости встречается в 2% случаев [102].

При торакоабдоминальных ранениях тораколапаротомия в последнее время практически не проводили из-за ее высокой травматичности, а чаще выполняли лапаротомию с предварительным дренированием полости плевры [22,39,86,102,107].

Показания к торакотомии были следующие:

- ранения сердца и крупных сосудов;
- продолжающееся внутривидеальное кровотечение;
- неустраненный клапанный пневмоторакс;
- открытый пневмоторакс с массивным повреждением легкого;

- ранение пищевода.

При проведении лапаротомии и торакотомии очередность их определялись в зависимости от преобладания клинической картины ранения органов груди или живота. Например, при ранении сердца или крупных сосудов торакотомия выходит на первый план.

В постановке показаний к торакотомии помогала видеоэндохирургическая техника, в некоторых случаях даже позволяет сделать хирургическую обработку раны без торакотомии [102].

При левосторонних торакоабдоминальных ранениях иногда производят ушивание раны легкого и остановка внутриплеврального кровотечения со стороны брюшной полости через дефект диафрагмы [66,102].

Предлагаемая некоторыми авторами трансдиафрагмальная лапаротомия не нашла широкого применения [96,121].

Из всех предложенных рекомендации следовало выбрать такую, которая отвечала бы следующим параметрам: достоверность, надежность и простота практического применения в условиях экстренной хирургии.

Диагностика и хирургическая тактика ведения пострадавших с огнестрельными ранениями грудной клетки и живота в условиях ограниченными техническими возможностями в литературе были слабо соведены.

Частота ранений кровеносных сосудов в современных военных конфликтах неуклонно возрастает [56] и составляет, по данным разных авторов, от 2 – 3,2 [34,75] до 5 – 8% [76,89,90]. При этом от 50 – 70% [112] до 95% [46,67,89,112,134] боевой сосудистой травмы составляют повреждения артерий конечностей [126].

При этом если проблема окончательной остановки кровотечения и восстановления кровообращения в конечности на госпитальном этапе за последние десятилетия значительно продвинулась вперед, то догоспитальная помощь при ранениях сосудов конечностей еще далека от совершенства: в современном военном конфликте 10 – 15% всех смертей на поле боя приходится на кровотечения из конечностей [126]. Наружное кровотечение является ведущей причиной летальных исходов среди раненых с повреждением магистральных сосудов конечностей: в 60% случаев массивная кровопотеря является непосредственной причиной смерти. В 45,2% случаев из всех ранений магистральных сосудов нижних конечностей и в 28.6% - ранений сосудов верхних конечностей, дефекты оказания ДПП приводят к смерти раненых на поле боя [6].

Очень важно, что раненые с повреждением магистральных сосудов конечностей относятся к особой группе «потенциально спасаемых», т.е. таких, которые при своевременном и правильном оказании им первой помощи, могли бы остаться в живых [16,34,56,78]. Удельный вес таких лиц по результатам войны в Афганистане составил не менее 10%, а по результатам вооруженных конфликтов на Северном Кавказе – до 25% от общего числа раненых, погибших на поле боя, из них у 90% непосредственной причиной смерти явилась наружная кровопотеря, связанная с повреждением магистральных сосудов конечностей [156]. Анализ патологоанатомических вскрытий раненых ВС США, погибших на поле боя в ходе войн в Ираке и Афганистане (2001 г. – настоящее время), показал, что более 80% из них умерли от кровотечения [156]. Таким образом, продолжающееся наружное кровотечение при ранениях конечностей является основной потенциально предотвращаемой причиной смерти военнослужащих на поле боя [26,45,123,128,167,200]. В настоящее время исходы лечения этой категории раненых зависят во многом от

своевременной, качественной догоспитальной помощи и скорости доставки раненого на этапы медицинской эвакуации [36,56,78,99,100,123,167,201]. Именно поэтому, одним из ключевых моментов, способных значительно сократить летальность в группе «потенциально спасаемых», является обучение военнослужащих и гражданского населения навыкам оказания первой помощи [26,167]. Частота ошибок в оказании догоспитальной помощи при ранениях магистральных сосудов конечностей составляет 30%, а частота дефектов оказания помощи – 50% [16]. Это связано с отсутствием четкого алгоритма действий военнослужащего, столкнувшегося с необходимостью оказания первой помощи при ранении конечности на поле боя, недостаточной отработкой навыков оказания этой помощи [6]. Отсутствуют также методические указания и рекомендации, посвященные вопросам временной остановки наружного кровотечения у раненых. Появление в составе индивидуальных аптечек военнослужащих местных гемостатических средств привело к существенному прогрессу в решении проблемы временного догоспитального гемостаза, предложены не только гемостатические порошки различного состава, но и другие формы их применения – пропитанные салфетки, марли, губки, суспензии. За последнее десятилетие появилось также множество жгутов на основе современных материалов, по-новому открыто применение пневматической манжеты, предложены к применению специальные баллоны для окклюзии ран, пневматические противошоковые устройства для внешней компрессии (MAST, «Каштан») [16,34,78,99,123,167]. Если в России жгут и давящая повязка остаются основными средствами остановки интенсивного наружного кровотечения при ранениях конечностей (ввиду недостаточной оснащенности более современными препаратами и устройствами), то за рубежом, несмотря на возможность применения большего арсенала средств, их применение тормозит продолжение дискуссии между гражданскими и военными специалистами об алгоритме оказания догоспитальной помощи

при массивном кровотечении из ран конечностей [145,1786]. В ВС США особое значение в осуществлении временного гемостаза на поле боя придают турникету как «жизнеспасительному» способу остановки кровотечения [156]. Несмотря на активное совершенствование средств и методов временного гемостаза, до последнего времени к табельным индивидуальным средствам, используемым для остановки кровотечения, относились лишь индивидуальный перевязочный пакет (ПЛИ) и ленточный резиновый кровоостанавливающий жгут (жгут Эсмарха). Учитывая все негативные последствия» применения последнего [5,17,23], столь малый арсенал средств не мог способствовать улучшению качества оказания помощи этой категории раненых.

Во многом исход лечения раненых с повреждением магистральных сосудов конечностей во многом определялся эффективностью остановки наружного кровотечения: при неостановленном кровотечении летальность составляет 17,7%, при использовании обычной повязки – 12,5%, при наложении давящей повязки и жгута – 8,3% и 7,3%, соответственно. Применение тугий тампонады раны и наложения кровоостанавливающих зажимов в ране сопровождается крайне низкой летальностью – 3% [6].

Вместе с тем, вопросы эффективности и отдаленных последствий лечения огнестрельных ранений сосудов не достаточно отражены в современной литературе, что определяет актуальность исследования.

1.2. Качество жизни

В течение последних десяти лет в мире очень часто используется термин «качество жизни» КЖ. Рассматривая человека в целом, показатель КЖ стал неотъемлемой частью. В последнее время понятие КЖ все чаще используется в медицине, изначально являвшееся социологическим понятием. В настоящее время в медицине хорошим состоянием здоровья человека принято считать

результат медицинской помощи, следствие удовлетворения потребностей индивидуума, его адаптации в физической, психологической и социальных сферах. Определение здоровья данное ВОЗ в 1948 году и шкала Карновского оценивающая общее состояние больного способствовали введению понятия КЖ. Изначально термин КЖ в медицине стали употреблять онкологи для изучения эффективности и отрицательного воздействия химиопрепаратов при лечении злокачественных новообразований. Общепринятое определение КЖ нет. Некоторые авторы дают определение КЖ как «способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни» [61]. По данным ВОЗ качество жизни – это восприятие индивидуумами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами [181]. КЖ – это интегральная характеристика физического, психологического и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии своего состояния.

За рубежом в начале восьмидесятых годов впервые появились публикации, где упоминалось использование показателей КЖ в оценке результатов лечения. КЖ это широкое и объемное определение. И для того, чтобы указать актуальность медицинского характера J.W. Bush и R.M.Kaplan в 1982 году предложили термин – «health related quality of life» или HRQoL (связанное со здоровьем КЖ). Во Франции в 1995 году создана организация изучающая КЖ: институт MAPI (MAPI Research Institute). Институт занимается поддержкой и продвижением учебных заведений, фармакологических компаний, крупных ученых, международных организации (ВОЗ, ЕЭС) занимающиеся изучением КЖ [147].

Технический успех того или иного лечения можно было бы оценить по результатом инструментальных и лабораторных тестов, по осложнениям, а

также по таким показателям, как заболеваемость и смертность, но можно столкнуться с противоположными проблемами. Например, достигли снижения смертности, каким то способом лечения, но такой ценой, что больные возможно не согласятся: побочные проявления препарата порой бывают настолько выражены, чем сама болезнь. Приемлемые клинические показатели не всегда соответствуют способности пациента функционировать. Например, дистанция которой пациент проходит без боли и значения лодыжечно-брахиального индекса давления не всегда соответствуют, с это проблемой часто сталкиваются сосудистые хирурги. Для определения влияния заболевания на каждодневную жизнь пациента помогает определение функционального статуса [126].

Определение здоровья данное ВОЗ показывает значимость определения КЖ: «состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие заболевания или физических недостатков». Исходя из этого, целью любого лечения должно быть достижение такого состояния.

Качество жизни оценивали по двум способам: объективный подход – когда оценка КЖ проводится другим человеком, чаще всего – это лечащий врач; субъективный подход – больной сам проводит оценку КЖ (самооценка). После получения этих данных ученые пришли к мнению о необходимости разработки субъективных подходов оценки КЖ. Наиболее полноценным представляется сочетание объективного и субъективного подходов. Объективный подход показывает социальные нормы жизни, а субъективный подход оценивает собственные нормы пациента.

Для возможности сравнения полученных результатов в разных группах больных, в разных выборках, вне зависимости от географических и культурных барьеров, для оценки любого заболевания или лечения

необходимы стандартизированные методики оценки КЖ [175]. Идеальная шкала отвечать следующим критериям:

А) иметь одинаковую применимость к любому патологическому процессу или исходу;

Б) иметь равную применимость при всех стадиях патологического процесса и при инвалидности любой степени;

В) вне зависимости от географических, языковых и культуральных границ иметь доказанную достоверность и высокий уровень воспроизводимости у различных групп.

По причине увеличения интереса к КЖ все заметнее выявляются ошибки, которые допускают исследователи при изучении этого термина. Часто наблюдается ситуация, когда индикатором уровня КЖ используют функциональный статус пациента. При этом ВОЗ рекомендует определять «функциональный статус» как способность индивидуума в данное время выполнять задания или функции, которые имеют фактический результат. Но при этом не учитывают такие понятия как уровень его независимости и общественное положение, эмоциональное состояние, личные убеждения. Следовательно, функциональный аспект выступает как один из критериев более обширного понятия – КЖ.

Еще одной распространенной ошибкой является рассмотрение КЖ пациента как аспект степени тяжести заболевания. Важно осознавать, что КЖ оценивает не качество жизни, а то, как пациент переносит свой недуг. Так, при длительно текущей болезни некоторые из больных перестают обращать внимание на свое состояние, привыкая к нему. Зарегистрировав повышение КЖ у них, мы не будем наблюдать регрессию болезни.

Ряд исследователей пытались подкрепить субъективное мнение пациентов объективными оценками [67,90]. Однако, установлены значительные несоответствия между показателями КЖ, оцененными самими пациентами и его окружением, например, родственниками и врачом. Близкие пациенту люди обыкновенно представляют гипертрофированную картину общего состояния пациента, что обусловлено обострением чувства опасности. У медицинских работников, наоборот, представление о качестве жизни пациента более высокое.

КЖ – это объективный показатель субъективности. Внимание исследователей в изучении этого понятия должно быть направлено на оценку всех критериев, составляющих КЖ, а не определении самого понятия и постановке выводов на одном единственном показателе

Инструментами, определяющими КЖ, в основной своей массе являются опросники, содержащие вопросы, на которые больной должен дать один конкретный ответ.

В настоящее время применяются более 60 опросников для оценки КЖ. Существуют общие опросники, направленные на оценку здоровья населения в целом и специальные – для конкретных патологических состояний. Объективность общих опросников установлена для различных заболеваний. Это является их преимуществом и позволяет проводить оценку влияния различных медицинских программ на КЖ всей популяции или отдельных субъектов. Недостатком является неадекватная чувствительность к изменению состояния здоровья, в рамках отдельно взятой патологии [154,192].

Специальные опросники рассчитаны на конкретную нозологию и ее течение, это позволяет уловить изменения КЖ пациентов в короткий промежуток времени, в среднем 2 – 4 недели [175]. Так же специальные

опросники применяются для оценки эффективности конкретного метода ведения данного патологического состояния. Некоторые авторы имеют данные, что они наиболее полно отражают КЖ при конкретной нозологии [158].

Пожалуй, самым первым специализированным опросником для больных сосудистой патологией, явился, разработанный в 1962 году ученым G.A.Rose, для больных с перемежающейся хромотой [187]. Этот опросник обладает высокой специфичностью(90 – 100%) и широко используется в обнаружении больных с перемежающейся хромотой, несмотря на среднюю(60 – 68%) чувствительность [150].

Еще одним специальным опросником, созданным для определения способности ходить у больных с сосудистой патологией, и являющийся альтернативой тредмил тесту, является опросник по улучшению ходьбы(Walking Impairment Questionnaire – WIQ) [182]. Он содержит вопросы, касающиеся причин затруднения, степени болезненности и дистанции ходьбы, способности подниматься по лестнице и т.д. Опросник Физической Активности(Physical Activity Recall – PAD PAR) был разработан для определения активности пациентов с сосудистой патологией нижних конечностей. Он позволяет определить физическую активность и энергетические затраты [191]. Mc Daniel был разработан комбинированный опросник, сочетающий элементы общего и специализированного опросника, для определения КЖ больных с сосудистой патологией нижних конечностей [148]. Также используется Индекс КЖ Спитцера (Spitzer QL index), созданный для исследований КЖ онкологических больных.

Для изучения результатов лечения в настоящее время используется как специальные опросники по КЖ, так и опросники общего назначения. Обуславливаясь тем фактом, что в России идет процесс разработки

национальных методик оценки КЖ, вопрос адаптации международных опросников для использования в России стоит весьма остро. Процесс адаптации опросников сложен и подразумевает сотрудничество переводчиков, медицинских работников, психологов с одной стороны и авторов оригиналов с другой. Но, тем не менее, существуют опросники общего назначения, переведенные и рекомендуемые для использования в РФ [17]. Наиболее часто используемой является шкала SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item short form health survey), она применяется для оценки исходов заболеваний, таких как почечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность [82,91]

В настоящее время SF-36 применима наиболее широко к заболеваниям сердечно-сосудистой системы. По мнению многих исследователей, шкала рекомендуется к оценке состояний при сосудистой патологии.

Таким образом, представленный литературный обзор показывает, что огнестрельные ранения внутренних органов, особенно в условиях локальных конфликтов, остается недостаточно изученной проблемой. Анализ литературных источников показал, что в настоящее время лучше изучены непосредственные результаты лечения. Не изучен вопрос качества жизни таких пациентов.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

2.1. Общая характеристика клинического материала

В период с 2000 по 2005 г.г. на базе 9-й городской больницы г. Грозного (Чеченская республика) на изучены отдаленные результаты и качество жизни 110 пациентов, проходивших лечение по поводу огнестрельных ранений грудной клетки, живота, торакоабдоминальных ранений и ранений крупных сосудов. С момента получения травмы прошло не менее 10 лет.

Критериями включения в исследование были:

1. Наличие у обследованных больных основного огнестрельного изолированного проникающего ранения груди или живота;
2. Наличие огнестрельного сочетанного проникающего ранения груди, живота или торакоабдоминального ранения;
3. Наличие изолированного огнестрельного ранения периферических сосудов нижних или (и) верхних конечностей;
4. Наличие огнестрельного сочетанного проникающего ранения груди, живота или торакоабдоминального ранения и периферических сосудов.

Критериями исключения были:

1. Наличие у обследованных больных сочетанных повреждений головы и шеи;
2. Наличие взрывных поражений.
3. Наличие ранений костей при ранениях сосудов.

Распределение пострадавших по возрасту и полу представлено в табл.

1.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту и полу

Возраст больных	Мужчины	Женщины
20 лет	18 (16,4%)	-
21 – 30 лет	16 (19,1%)	2 (2,7%)
31 – 40 лет	18 (18,2%)	14 (14,5%)
41 – 50 лет	8 (7,3%)	10 (9,1%)
Старше 50 лет	11 (10%)	3 (2,7%)
Всего:	78 (71%)	32 (29%)

Как видно из данных представленных в табл. 1 большинство пациентов было мужского пола, средний возраст составил 30 ± 11 лет.

Распределение пострадавших по группам представлено в табл. 2.

Из общего количества пострадавших пулевые ранения были зарегистрированы в 72 наблюдениях, осколочные у 38 пациентов.

Среди пациентов с ранениями брюшной полости были отмечены ранения желудка – 12 (35,2%); тонкой кишки – 8 (23,5%); толстой кишки – 6 (17,6%); печень – 8 (23,5%); селезенки – 12 (35,2%); почки – 16 (47%).

У пациентов ранениями груди. Ранение легкого – 16 (72,7%), ранение сердца – 6 (27,2%), ранение диафрагмы – 5 (22,7%).

При торакоабдоминальных ранениях. Ранение легкого и толстой кишки – 9 (50%); ранение легкого и тонкой кишки – 7 (38,8%); легкое, толстая кишка, тонкая кишка – 5 (27,7%); легкое и селезенка – 4 (22,2%); легкое и печень – 2 (11,1%); легкое, печень, толстая кишка – 6 (33,3%), ранение диафрагмы 18 (100%).

Распределение пациентов по группам

Состав групп	Количество	
	Абс. число	%
Пострадавшие с проникающими ранениями живота	34	31
Пострадавшие с проникающими ранениями груди	22	20
Пострадавшие с торакоабдоминальными ранениями	18	16
Пострадавшие с ранениями периферических сосудов нижней конечности	13	12
Пострадавшие с ранениями периферических сосудов верхней конечности	14	13
Пострадавшие с ранениями периферических сосудов и ранениями груди	4	3,5
Пострадавшие с ранениями периферических сосудов и живота	5	4,5
Всего:	110	100

Пациентам с ранениями груди была выполнена торакотомия с ушиванием ранений сердца, диафрагмы, легкого, резекция ребра и дренированием плевральной полости.

В случаях ранения брюшной полости выполняли лапаротомию, ревизию органов брюшной полости, ушивание ранений печени. В случаях повреждения селезенки во всех наблюдениях была выполнена спленэктомия. При ранениях тонкой кишки выполнялась резекция поврежденного участка

кишки с наложением анастомоза «бок в бок». При ранениях толстой кишки – резекция поврежденного участка, операция заканчивалась в большинстве наблюдений выведением колостомы. При ранениях почки выполнялась нефрэктомия.

В случаях ранений периферических сосудов конечностей выполнялись следующие виды операций: перевязка артерии и вены, циркулярный шов на артерию, резекция участка сосуда, аутовенозный протез на артерию.

2.2. Методика изучения качества жизни пациентов

Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, который является важным и в ряде случаев основным критерием, определяющим эффективность лечения во многих клинических исследованиях. Качество жизни (КЖ) изучали с помощью русской версии опросника «The MOS 36-item Short-Form Hervey» (приложение 4). Опросник разработал John E. Ware в Институте здоровья США. Именно этот опросник использован в Международном проекте оценки КЖ, целью которого явились перевод и валидация опросника SF-36 для получения популярных норм КЖ для различных стран. Опросник состоит из 36 вопросов и включает 8 шкал. Ответы на вопросы выражены в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов шкалы соответствует более высокому уровню КЖ. Образец опросника представлен в приложении.

Шкала ФФ (Physical Functioning – PF) – физического функционирования – определяет возможность выполнения физических нагрузок: минимальной – возможность самообслуживания (способность больного самостоятельно умыться, одеться. Максимальной – способность свободного выполнения всех видов физической активности (длительная ходьба, бег, занятия спортом) без ограничения.

Прямой критерий: чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку, по мнению респондента, он может выполнить.

Шкала РФФ (Role-Physical – RP) – ролевого физического функционирования – определяет способность к исполнению типичной для специфического возраста, социальной принадлежности определенной деятельности (ходьба на работу, сама работа, ведение домашнего хозяйства).

Низкая физическая роль оценивается при возникновении проблем в работе или любой другой ежедневной привычной нагрузке из-за состояния здоровья. У лиц с высокой физической ролью проблем в выполнении ежедневной работы не возникает.

Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, проблем со здоровьем ограничивают его повседневную деятельность.

Шкала Б (Bodily Pain – BP) – боли – выясняется значение физической боли, которая может ограничивать обычную активность больного. Локализация боли не имеет значения. Во внимание принимается как головная боль, так и зубная боль и боль любой локализации. Шкала боли предполагает возникновение очень сильного или продолжительного болевого синдрома, который не может не сказаться на качественной оценке жизни.

Другой крайний вариант оценки этой шкалы – полное отсутствие боли. Существуют также промежуточные состояния: непродолжительная боль, боль, не препятствующая выполнению привычных действий, боль, мешающая общению с друзьями, и т.д.

Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, болевые ощущения вмешиваются в его повседневную деятельность.

Шкала ОЗ (General Health - GH) – общего здоровья – оценивает субъективное восприятие предшествующего и настоящего здоровья и позволяет определить его перспективы. Наименьшее значение шкалы соответствует либо оценке состояния здоровья как «плохого», либо указывает на возможность того, что состояние здоровья ухудшится. Максимальное значение шкалы соответствует личному убеждению пациента о прекрасном состоянии здоровья.

Прямой критерий: чем выше показатель, тем лучше воспринимает респондент свое здоровье в целом.

Шкала Ж (Vitality – VT) – жизнеспособности – оценивает ощущение внутренней энергии, отсутствие усталости, желание выполнять энергичные действия. Ее значения варьируют от минимального при ощущении утомляемости большую часть времени, чувства снижения работоспособности – до максимального при ощущении себя энергичным, жизнеспособным, полным сил в течение большей части времени.

Прямой критерий: чем больше показатель, тем выше респондент оценивает свой жизненный тонус, т.е. больше времени он ощущает себя бодрым и полным сил.

Шкала СФ (Social Functioning - SF) – социального функционирования – отражает способность развиваться, полноценно общаться с родственниками, друзьями, семьей, возможность адекватного профессионального общения. По данной шкале можно определить как максимальное препятствие для нормальной социальной активности, обусловленное физическими или эмоциональными проблемами, так и максимальную социальную эффективность без физических и эмоциональных проблем.

Прямой критерий: чем выше показатель, тем выше респондент оценивает уровень своих социальных связей.

Шкала РЭФ (Role-Emotional – RE) – ролевого эмоционального функционирования – отражает эмоциональный статус больного, влияние эмоций на повседневные занятия, взаимоотношения с окружающими. Оценивается наличие или отсутствие затруднений, связанных с работой и другой привычной активностью в результате возникновения эмоциональных проблем.

Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, его эмоциональное состояние вмешивается в повседневную деятельность.

Шкала ПЗ (Mental Health – МН) – психологического здоровья – отражает наличие невротизации, склонность к депрессивным состояниям, ощущение счастья, умиротворенности и душевного спокойствия.

Прямой критерий: чем выше показатель, тем лучше настроение респондента, т.е. он больше времени чувствует себя спокойным и умиротворенным.

Кроме опросника нами были разработаны специальные анкеты, которые учитывали основные жалобы в зависимости от характера ранения (образцы представлены в приложении).

Психологическую оценку проводил психотерапевт.

2.3. Методики клинических исследований

Всем пациентам в отдаленном послеоперационном периоде проводили обследование, включавшее спирографию, флюорографию, рентгенографию, ЭКГ, УЗИ сердца, велоэргометрию, УЗИ органов брюшной полости и доплеросонографию периферических сосудов.

Спирография осуществлялась на аппарате Spiro Pro, Viasys Jaeger (Германия), предназначенном для скрининговых обследований с целью выявления первичных признаков обструктивных и реструктивных заболеваний у взрослых и детей.

Флюорография и рентгеноскопия проводились на рентгеновском флюорографическом малодозном аппарате «Ренекс-флюоро» и стационарном рентгенодиагностическом комплексе «Sireskop-CX».

Ультразвуковое обследование сердца проводилось на аппарате Nemio Toshiba SSA-550A. Данная система позволяет определить размеры и функцию сердца, аорты, а также состояние листков перикарда и наличие выпота.

Электрокардиография проводилась на аппарате Mac 5000 ST, обладающим возможностью записи и интерпретации ЭКГ покоя с использованием 12 стандартных и 3 дополнительных отведений.

Велоэргометрическое обследование проводилось с использованием велоэргометра Ergoline и компьютерной стресс-тест системы «X-SCRIBE», обладающей возможностью постоянного компьютерного анализа уровня и наклона сегмента RS-T в процессе стресс-теста по всем 12 отведениям ЭКГ одновременно и постоянного автоматического анализа нарушений ритма сердца.

УЗИ органов брюшной полости проводились в амбулаторных условиях без предварительной подготовки пациентов. УЗ-исследования проводились с помощью аппарата Sigma-iris 210, фирмы «KONTRON», Франция, конвексным датчиком в режиме реального времени с черно-белым изображением, в положении обследуемого на спине и правом боку.

Исследование сосудов включало реовазографию, доплерографию, ультразвуковое ангиосканирование и фотоплетизмографию. Эффективность оперативного лечения оценивали по динамике реографического индекса (РИ), лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), фотоплетизмографического индекса (ФИ).

Регистрация реовазограмм проводилась с симметричных участков нижних конечностей с последующим визуальным и количественным анализом результатов при помощи реографа 4-ГР-02.

Определение ЛПИ проводили с помощью ультразвукового сканера Vasoskan (Швеция) с использованием карандашного датчика частотой 8 МГц. Исследование проводилось в положении больного лежа. Вначале проводили измерение давления в нижних конечностях с помощью наложения манжетки на уровне лодыжек. Датчики устанавливали на заднюю большеберцовую или глубокую тыльную артерию стопы. После получения корректного доплеровского спектра манжетка заполнялась до давления, при котором прекращался кровоток в дистальном отделе конечности. Затем выпускали воздух до появления спектрального сигнала, при котором фиксировали величину систолического артериального давления. По такой же методике проводили измерение плечевого давления. ЛПИ рассчитывали путем деления максимального лодыжечного давления на максимальное плечевое.

Капиллярный кровоток исследовали при помощи фотоплетизмографии на аппарате ULTRA-PVD (США).

Изучение отдаленных результатов проводилось с помощью шкалы изменений в клиническом статусе по Rutherford et al., рекомендованной в качестве стандарта консенсусом российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (Казань, сентябрь 2001 года). При изучении данного показателя мы исходим из состояния пациента до оперативного лечения. А также по качеству жизни – с использованием опросника MOS SF-36.

2.4. Методы статистической обработки результатов исследования

Полученные данные в процессе исследования были статистически обработаны с вычислением параметрических (по критерию Стьюдента) и непараметрических (Wilcoxon test) критериев достоверности различий значений признаков в сравниваемых совокупностях с использованием

компьютерной программы «Statistica 7,0». При определении корреляционной зависимости между двумя переменными значениями признаков использовали коэффициент корреляции (r). Слабая степень взаимосвязи характеризовалась значениями коэффициента корреляции (r) от 0 до $\pm 0,29$, средняя – от 0,3 до 0,69 (от $-0,3$ до $-0,69$), сильная от 0,7 до 1,0 (от $-0,7$ до $-1,0$). Коэффициент корреляции, равный нулю, говорил о полном отсутствии связи. Значение коэффициента корреляции (r) от 0 до + 1 свидетельствовали о прямой связи в изменениях признаков, а отрицательные значения коэффициента – об их разнонаправленных изменениях.

ГЛАВА 3

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

3.1. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с огнестрельными ранениями живота

Отдаленные результаты хирургического лечения огнестрельных ранений живота изучены у 34 пациентов. Обследование пациентов проводилось в амбулаторных условиях с помощью специально разработанной анкеты, включающей в себя максимальное число жалоб, наиболее часто встречаемых у оперированных на этом органе (по данным, представленным в литературе и результатам собственных исследований). Образец анкеты представлен в приложении 1. После тщательного заполнения предложенной анкеты пациенты осматривались врачом и расписывались в ней. Полученные результаты представлены в табл. 3.

При проведении анализа полученных данных у пациентов этой группы нами установлено, что не предъявляли никаких жалоб и чувствовали себя удовлетворительно лишь 8 (23,5%) у остальных 26 (76,4%) выявлены различные жалобы, связанные с ранее перенесенной операцией.

Как видно из данных представленных в табл. 3, наиболее часто у пациентов выявлены повторные операции на брюшной полости – 26 (76,4%). При этом наиболее часто операции выполнялись по поводу грыжи передней брюшной стенки – 21 (61,7%). Во всех наблюдениях грыжи были вентральные. В большинстве наблюдений выполнилось грыжесечение с пластикой апоневроза местными тканями – 17 наблюдений, грыжесечение по Лихтенштейну было выполнено в 4 наблюдениях.

Таблица 3

Структура и количество осложнений в отдаленном периоде у пациентов после операций по поводу огнестрельных ранений живота

Выявленные осложнения	Количество осложнений	
	абс. число	%
Повторные операции:	26	76,4
а) кишечной непроходимости	12	35,2
б) гнойников брюшной полости	3	8,8
в) грыжи передней брюшной стенки	11	32,3
Выявленные симптомы	Количество симптомов	
Схваткообразные боли в животе	12	35,2
Постоянные боли в животе	2	5,8
Тошнота	3	8,8
Рвота	2	5,8
Отрыжка	12	35,2
Задержка стула и газов	14	41,1
Жидкий стул	2	5,8
Снижение или отсутствие аппетита	16	47
Аллергические реакции	4	11,7

От момента получения ранения до проведения повторных операций прошло не менее 1 года. В большинстве наблюдений – 15 операции были выполнены в плановом порядке, в 6 случаях в экстренном порядке, из них во всех случаях было зарегистрировано ущемление содержимого грыжевого мешка. Следует отметить, что развитие вентральной грыжи передней брюшной стенки не было связано с конкретной операцией, развитие этого осложнения было отмечено после различных операций по поводу огнестрельных ранений. При этом рецидив грыжи отмечен у 6 пациентов.

По поводу кишечной непроходимости было прооперировано 12 (35,2%) пациентов. Во всех наблюдениях операции были выполнены в экстренном порядке, выполнялся энтеролиз, дренирование кишечника и брюшной полости. При этом у 4 пациента оперировались 2 и более раз. Связи развития кишечной непроходимости и конкретным оперативным вмешательством нами так же не удалось установить.

Повторные операции по поводу гнойников брюшной полости выполнены у 3 (8,8%) бывших больных. Во всех наблюдениях абсцессы брюшной полости локализовались в левом поддиафрагмальном пространстве. При этом во всех наблюдениях пострадавшим была выполнена спленэктомия по поводу ранения при проведении лапаротомии.

Снижение или отсутствие аппетита было выявлено у 16 (47%) обследованных. Данные жалобы наиболее часто предъявлялись пациентами. Связи с конкретным оперативным вмешательством нами установлено не было. По нашему мнению данная жалоба может быть проявлением развившейся спаечной болезнью брюшной полости. При этом большинство обследованных не обращалось за медицинской помощью в лечебные учреждения, и справлялись с этой жалобой самостоятельно.

Задержка стула и газов выявлено у 14 (41,1%) обследованных. Развитие данного осложнения может быть проявлением спаечной болезни брюшной полости. При этом во всех наблюдениях пациенты не обращались за медицинской помощью по поводу данной жалобы и справлялись самостоятельно в основном диетой. Задержка стула и газов носили не постоянный, а периодический характер.

Схваткообразные боли в животе выявлены у 12 (35,2%) обследованных. При проведении анализа нами установлено, что боли не носили интенсивный характер, были периодическими и существенно не

влияти на КЖ оперированных пациентов. В большинстве наблюдений они сопровождались задержкой стула и газов, тошнотой, отсутствием аппетита. Данная жалоба может быть связана с проявлением спаечной болезни брюшной полости, и не была привязана к конкретному оперированному органу.

Аллергические реакции выявлены у 4 (11,7%) обследованных. Следует подчеркнуть, что данное осложнение развилось только у тех пациентов, которым была выполнена спленэктомия по поводу травмы селезенки. Во всех случаях аллергическая реакция проявлялась в виде крапивницы, купировалась антигистаминными средствами. При этом конкретный аллерген установить не удалось. Развитие аллергических реакций пациенты отмечали после перенесенной операции.

Тошнота выявлена в 3 (8,8%) наблюдений. При этом все пациенты были ранее оперированы по поводу огнестрельных ранений желудка, и им было выполнено ушивание ран. Пациенты предъявляли жалобы на тошноту в случае переедания, вследствие чего употребляли меньше пищи или питались дробно.

Боли в животе выявлены в 2 (5,8%) наблюдениях. Во всех случаях пациенты ранее были оперированы по поводу ранений правой половины толстой кишки, и им была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением анастомоза «бок в бок». При этом боли не носили интенсивный характер, купировались приемом таблетированных спазмолитиков.

Жидкий стул выявлен также в 2 (5,8%) случаях. При этом пациенты в послеоперационном периоде получали массивные дозы антибиотиков, и развитие этого осложнения может быть проявлением дисбактериоза.

Из представленных данных следует, что большинство жалоб у пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений брюшной

полости в отдаленном послеоперационном периоде, можно связать с проявлением спаечной болезни брюшной полости. Для подтверждения этого предположения нами выполнено ряд инструментальных исследований включающих УЗИ органов брюшной полости и рентгенографию с пассажем бария по кишечнику.

УЗ-исследование выполнено у 23 пациентов без предварительной подготовки. В результате проведенных исследований каких-либо патологических образований в брюшной полости выявить не удалось. Вместе с тем необходимо отметить, что у большинства пациентов первоначальное исследование было затруднено из-за повышенного газообразования, что потребовало повторного исследования после соответствующей подготовки кишечника.

В тоже время при проведении исследования пассажа бария по кишечнику нами были выявлены следующее: прямых признаков спаек получено не было. Однако мы обратили внимание на наличие у 35 (94,4%) обследуемых косвенных признаков спаечного процесса брюшины: деформацию кишечных петель, фиксацию их к брюшной стенке или послеоперационному рубцу, другим органам, конгломераты петель тонкой кишки с неравномерной скоростью эвакуации по ним контраста, сужение сегментов тонкой кишки, расширение и утолщение стенки кишки выше спаек, образование ложных дивертикулов в тонкой кишке за счет ее тракции спайками. Чаще всего обнаруживалось сочетание нескольких рентгенологических признаков спаечного процесса.

Отсюда следует, что предположение о наличие у пациентов этой группы наличие спаечной болезни брюшной полости можно считать верным.

Полученные результаты в зависимости от количества оложений мы раздели на: «отличные» – осложнений не выявлено; «хорошие» – одно

осложнение, существенно не влияющее на качество жизни оперированных; «удовлетворительные» – три осложнения, существенно влияющих на качество жизни обследованных. «Неудовлетворительные» – более трех осложнений одновременно. Полученные результаты представлены на рис. 1.

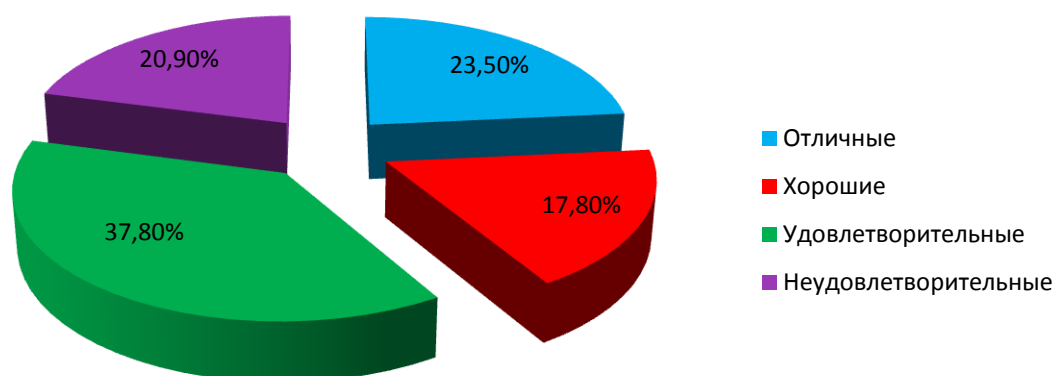


Рис. 1. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с огнестрельными ранениями живота

Из данных представленных на рис. 1 видно, что в большинстве наблюдений – 37,8% отдаленные результаты лечения у пациентов этой группы можно расценить как «удовлетворительные». При этом различные группы инвалидности среди пациентов этой группы присвоены 10 (29,4%). Из них II группа инвалидности присвоена 2 (5,8%) обследованных, III – 8 (23,5%) человек. Во всех случаях присвоение группы инвалидности связано с последствиями огнестрельных ранений.

Таким образом, проведенные исследования показывают, что у пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений органов

живота в отдаленном послеоперационном периоде можно выделить две основные группы жалоб:

1. Связаны с наличием послеоперационной вентральной грыжи.
2. Связаны с развывшейся спаечной болезнью брюшной полости, и как следствие, спаечной непроходимостью кишечника.

В 37,8% наблюдений результаты лечения таких пациентов можно расценить как «удовлетворительные», в 23,5% - «отличные» и в 20,9% - «неудовлетворительные».

3.2. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с огнестрельными ранениями груди

Отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с проникающими ранениями груди проведено у 22 пациентов. Обследование пациентов проводилось амбулаторно с помощью специально разработанной анкеты, включающей в себя максимальное число жалоб, наиболее часто встречаемых у оперированных на этом органе (по данным, представленным в литературе и результатам собственных исследований). Образец анкеты представлен в приложении 2. После заполнения предложенной анкеты пациенты осматривались врачом и расписывались в ней.

Необходимо отметить, что в данной группе не предъявляли жалоб и чувствовали себя удовлетворительно 5 (22,7%) обследованных, у остальных 17 (77,2%) выявлены разнообразные жалобы.

Полученные в результате исследования данные представлены в табл. 4. Из представленных в табл. 4 данных видно, что основной жалобой, выявленной у этой группы пациентов, были жалобы на боли в области сердца без видимой причины – 77,2%. При этом боли не носили интенсивный характер, не были связаны с физической нагрузкой, чаще возникали при дыхании и не купировались приемом нитратов.

В 40,9% наблюдений больные предъявляли жалобы на одышку после небольшой физической нагрузки (например, ходьба на 10 – 15 м). Одышка могла возникать и при смене положения тела. При этом данное осложнение не купировалось приемом лекарственных средств, и проходила самостоятельно. Следует отметить, что большинство пациентов очень быстро адаптировались к данному осложнению.

Таблица 4

Структура и количество осложнений в отдаленном периоде у пациентов после операций по поводу огнестрельных ранений груди

Вид осложнений	Количество осложнений	
	абс. число	%
Повторные операции:	8	36,3
по поводу гнойно-септических осложнений	8	36,3
Основные симптомы	Количество симптомов	
Осложнения после повторных операций	1	4,5
Боли в области сердца без видимой причины	17	77,2
Головные боли, головокружения	6	27,2
Одышка	9	40,9

Повторные операции были проведены у 36,3% пациентов. Причем во всех случаях они были выполнены по поводу остеомиелита ребер или грудины. При этом выполнялись следующие вид оперативного лечения: тотальная резекция грудины случаев с резекцией реберных хрящей в 9%

наблюдений, вследствие вовлечения этих структур в воспалительный процесс. Резекция грудины с резекцией реберных хрящей, в 25% случаев; ребер, по тем же причинам – 35%. Подобная хирургическая тактика обусловлена особенностями распространения инфекции в переднем средостении и межреберных промежутках. После радикальной резекции пораженных тканей для устранения дефекта передней грудной стенки, герметизации плевральных полостей, изоляции краев резецированных ребер выполнялся второй (пластический) этап операции. При этом были выполнены следующие виды операций: мышечная пластика на сосудистой ножке, а также аутодермопластика свободным расщепленным перфорированным кожным лоскутом или рана закрытие раны вторичным натяжением. Во всех наблюдениях было достигнуто выздоровление.

В 1 (4,5%) наблюдении после повторной операции развилось осложнение – послеоперационная пневмония. Развитие данного осложнения может быть связано со снижением иммунной защиты организма.

Вегето-сосудистые нарушения, появляющиеся головокружением, головной болью выявлены в 6 (27,2%) наблюдениях.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что у большинства пациентов этой группы отмечается развитие двух видов жалоб. Первые – гнойно-септические, которые могут быть связаны с последствиями открытых огнестрельных ранений грудной клетки. Данный вид осложнения потребовал повторного оперативного лечения и в большинстве случаев закончился выздоровлением.

Вторая группа жалоб может быть связана с развитием спаечного процесса в грудной полости после проведенного оперативного вмешательства. С целью подтверждения этого предположения нами проведено инструментальное обследование пациентов этой группы.

При спирографическом обследовании у 18 (82%) обследованных выявлены умеренные изменения рестриктивного типа, что может быть обусловлено развитием спаечного процесса в плевральной полости. Развитие спаечного процесса подтверждается и рентгенологическим исследованием, при котором у всех обследованных выявлены послеоперационные плевро-легочные-диафрагмальные спайки. Из общего количества обследованных у 7 (32%) человек выявлен диффузный пневмосклероз и уплотнение корней легких, еще у 6 (22,7%) пациентов – поднятие купола диафрагмы на одно ребро и смещение верхушки сердца в IV межреберье, а так же облитерация левого синуса.

В результате проведения ультразвукового исследования нами выявлено, что у 19 (86,3%) обследованных отмечается уплотнение листков перикарда, свидетельствующее о наличии у них спаечного процесса между серозными поверхностями перикарда

При проведении электрокардиографического исследования у 7 (32%) пациентов выявили признаки отклонение электрической оси сердца влево. Нарушения реполяризации выявлено у 4 (18,1%) обследованных. Данные нарушения были обусловлены либо синдромом ранней реполяризацией желудочков либо метоболическими нарушениями. Возникновение единичных экстрасистол выявлено у 2 (9%) пациентов.

Велораметрическое обследование проведено у 17 бывших пациентов. Следует отметить, что 2 из 17 пациентов проба с физической нагрузкой не проводилась из-за выраженной артериальной гипертензии (220 и 130 мм рт. ст.). Данное обследование проводилось методом дозированной ступенчато-возрастающей непрерывной нагрузки в положении обследуемого сидя на велоэргометре с частой педалирования 60 об/мин. Начальная степень нагрузки составила 25 Вт, с увеличением на последующих ступенях до 50,

100 и 150 Вт до достижения у больного субмаксимальной частоты сердечных сокращений. У 3 (17,6%) пациентов проведение пробы было остановлено в связи с появлением общей слабости, головокружения, одышки, чувства нехватки воздуха и отказа обследуемых от дальнейшего проведения пробы. Высокую толерантность к физической нагрузке имели 12 (35,2%) человек (мощность нагрузки в момент ее прекращения была равна 150 Вт). 5 (29,4%) имели среднюю толерантность к физической нагрузке, которая была прекращена при мощности в 100 Вт из-за развития общей слабости, головокружения, одышки, чувства нехватки воздуха. В ходе проводимого исследования проводилась запись ЭКГ и измерение АД по Н.С. Короткову. У 9 (52,9%) обследованных была нормэргическая реакция на нагрузку. У 8 (47%) гипертоническая, так как отмечался подъем артериального давления до 210 и 110 мм рт. ст. На высоте нагрузки в 150 Вт у 12 (32,4%) пациентов зафиксированы единичные желудочковые экстрасистолы. Косовосходящее смещение сегмента RS-T до 0,7 мм зарегистрировано у 5 (29,4%) обследованных. Восстановительный период у всех обследованных протекал без особенностей. В результате проведения велоэргометрии ни у одного пациента признаков ишемии не выявлено.

Подводя итог исследованию, мы разделили отдаленные результаты операции на «отличные» – жалоб связанных с операцией нет, жизненная и трудовая деятельность без ограничений; «хорошие» – одна жалоба, связанная с операцией, жизненная и трудовая деятельность незначительно ограничена; «удовлетворительные» – до трех жалоб связанных с операцией, ограничение трудовой и жизненной деятельности; «неудовлетворительные» – более трех жалоб связанных с операцией одновременно, существенное ограничение трудовой и жизненной деятельности. Результаты показаны на рис. 2.

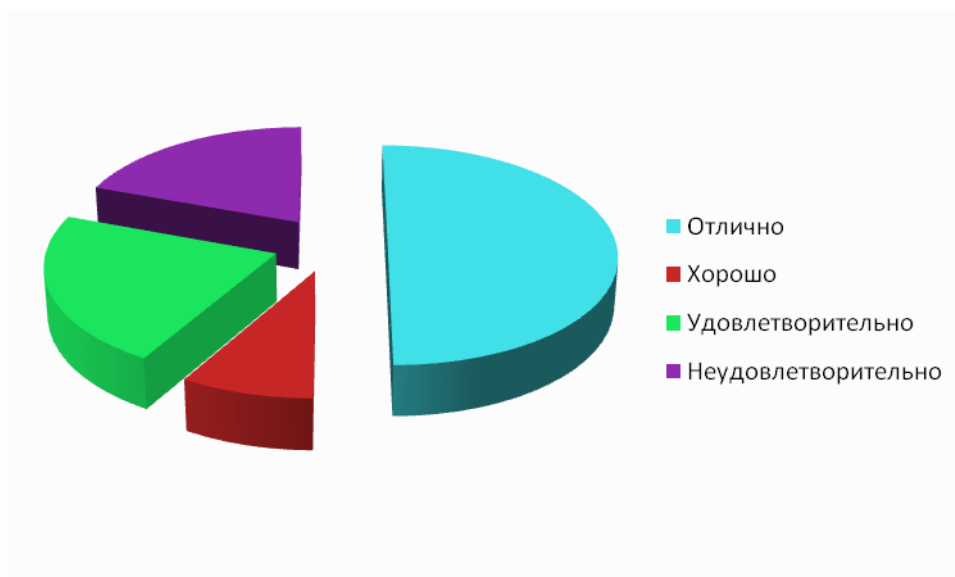


Рис. 2. Отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с огнестрельными ранениями груди

Из данных, представленных на рис. 2 видно, что в большинстве наблюдений – 50% отдаленные результаты можно расценить как «отличные», в 26,6% результаты можно расценить как «удовлетворительные», «неудовлетворительные» результаты отмечены в 13,3% наблюдений и «хорошие» в 10% наблюдений. При этом различные группы инвалидности среди пациентов этой группы присвоены 6 (27,2%) пациентам. Из них II группа инвалидности присвоена 1 (4,5%) больному, III – 6 (27,2%) человек. Во всех случаях присвоение группы инвалидности связано с последствиями огнестрельных ранений.

Таким образом, у пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений груди, в отдаленном послеоперационном периоде развиваются два вида осложнений. Первые связаны с развитием гнойно-септических осложнений. Второй вид осложнений связан с развитием спаечного процесса в грудной клетке и не требует повторного оперативного лечения.

3.3. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с торакоабдоминальными огнестрельными ранениями

Отдаленные результаты хирургического лечения больных с торакоабдоминальными ранениями были изучены у 18 пациентов. Обследование пациентов проводилось в амбулаторных условиях с помощью специально разработанной анкеты, включающей в себя максимальное число жалоб, наиболее часто встречаемых у оперированных на этом органе (по данным, представленным в литературе и результатам собственных исследований). Образец анкеты представлен в приложении 3. После тщательного заполнения предложенной анкеты пациенты осматривались врачом и расписывались в ней.

В данной группе обследованных не предъявляли жалоб, связанных с ранее перенесенной операцией и чувствовали себя удовлетворительно 6 (33,3%) обследованных. У остальных 12 (66,6%) обнаружены различные жалобы, связанные с ранее перенесенной операцией. Полученные в результате исследования данные представлены в табл. 5. Из представленных в табл. 5 данных видно, что основными осложнениями, связанными с ранее перенесенной операцией, были повторные операции – 66,6%. При этом наибольшее количество повторных операций было выполнено по поводу вентральных грыж – 44,4%. Необходимо отметить, что в 14,2% наблюдений зарегистрирован рецидив грыжи. По поводу гнойно-септических осложнений повторные операции выполнены в 11,1% наблюдений. Во всех случаях операции были выполнены по поводу остеомиелита ребер, выполнена резекция ребра. В таком же проценте – 11,1% были выполнены повторные операции по поводу спаечной кишечной непроходимости.

Таблица 5

Структура и количество осложнений в отдаленном периоде у пациентов после операций по поводу огнестрельных торакоабдоминальных ранений

Вид осложнений	Количество осложнений	
	абс. число	%
Повторные операции	12	66,6
по поводу гнойно-септических осложнений	2	11,1
по поводу грыжи передней брюшной стенки	8	44,4
по поводу спаечной кишечной непроходимости	2	11,1
Вид симптома	Количество симптомов	
Боли в области сердца без видимой причины	6	33,3
Головные боли, головокружения	4	22,2
Одышка	6	33,3
Схваткообразные боли в животе	8	44,4
Постоянные боли в животе	1	5,5
Тошнота	1	5,5
Рвота	1	5,5
Отрыжка	2	11,1
Задержка стула и газов	6	33,3
Жидкий стул	1	5,5
Снижение или отсутствие аппетита	2	11,1

Наиболее часто встречаемой жалобой у пациентов этой группы были схваткообразные боли в животе. Данная жалоба выявлена в 44,4% наблюдений. При этом боли не были постоянными, носили периодический характер, не были интенсивными и не сопровождалась задержкой отхождения стула и газов.

Другими, наиболее частыми жалобами, выявленными в данной группе, были одышка и боли в области сердца без видимой причины – 33,3%. Одышка возникала при небольшой физической нагрузке, купировалась в состоянии покоя. Боли в сердце не были связаны с физической нагрузкой, носили неинтенсивный характер и не купировались приемом нитратов.

Задержка стула и газов зарегистрирована в 33,3% наблюдений. При этом у всех пациентов эти симптомы не сопровождалась болевым приступом.

Снижение или отсутствие аппетита выявлено в 11,1% наблюдений. Все пациенты с этими жалобами были ранее оперированы по поводу ранений желудка.

Постоянные боли в животе, тошнота, рвота выявлены в 5,5% наблюдений. При этом данные жалобы существенно не влияли на качество жизни оперированных пациентов. Боль в животе не носила интенсивный характер, локализовалась в околопупочной области. Тошнота и рвота выявлена у одного больного, оперированного по поводу ранения желудка, и может быть проявлением стеноза.

Таким образом, представленный анализ показывает, что у пациентов этой группы были выявлены разнообразные жалобы, основные из которых могут быть связаны с развитием спаечного процесса, как в брюшной, так и в грудной полости. С целью подтверждения этого предположения нами

выполнены инструментальное обследование данных пациентов, включающее УЗИ, рентгенографию.

В результате проведенного инструментального обследования нами получены следующие результаты. При проведении рентгенографии органов грудной полости во всех наблюдениях послеоперационные плевро-лечные-диафрагмальные спайки. Из общего количества обследованных в 43,6% человек выявлен диффузный пневмосклероз и уплотнение корней легких, еще у 16,4% пациентов – поднятие купола диафрагмы на одно ребро и смещение вершины сердца в IV межреберье, а так же облитерация левого синуса.

При проведении обзорной рентгенографии органов брюшной полости видимой патологии не обнаружено. При контрастировании желудочно-кишечного тракта взвесью бария и контроля пассажа выявлены следующие изменения: деформация со сдавлением просвета в области выходного отдела желудка или двенадцатиперстной кишки, что вызывало стойкое нарушение эвакуации из желудка – 12% наблюдений. При контроле пассажа бария по тонкой кишке выявлена задержка в 68,7% наблюдений. Прямых признаков, определяющих форму, размеры, вид, локализацию спаек, при рентгеноконтрастных методах получено не было. Вместе с тем у 79,9% обследуемых были обнаружены косвенные признаки спаечного процесса брюшины, которые проявлялись деформацией кишечных петель, фиксацией их к брюшной стенке или послеоперационному рубцу, другим органам, конгломераты петель тонкой кишки с неравномерной скоростью эвакуации по ним контраста, сужение сегментов тонкой кишки, расширение и утолщение стенки кишки выше спаек, образование ложных дивертикулов в тонкой кишке за счет ее тракции спайками.

Мы разделили отдаленные результаты операции на «отличные» – жалоб связанных с операцией нет, жизненная и трудовая деятельность без ограничений; «хорошие» – одна жалоба, связанная с операцией, жизненная и трудовая деятельность незначительно ограничена; «удовлетворительные» – до трех жалоб связанных с операцией, ограничение трудовой и жизненной деятельности; «неудовлетворительные» – более трех жалоб связанных с операцией одновременно, существенное ограничение трудовой и жизненной деятельности. Результаты показаны на рис. 3.

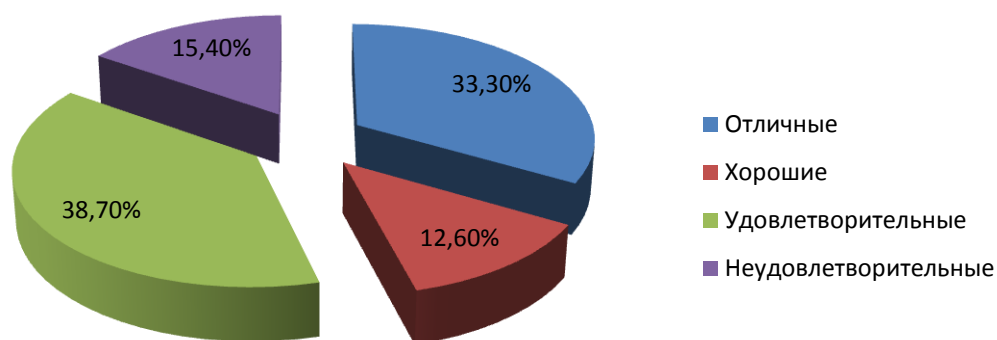


Рис. 3. Отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с огнестрельными торакоабдоминальными ранениями

Из представленных на рис. 3 данных можно сделать заключение, что в большинстве наблюдений – 38,7% отдаленные результаты можно охарактеризовать как «удовлетворительные», в 33,3% как «отличные», в 15,4% результаты оказались «неудовлетворительными» и в 12,6% – «хорошими». При этом различные группы инвалидности среди пациентов этой группы присвоены 3 (16,6%) пациентам, всем больным присвоена III

группа инвалидности. Во всех случаях присвоение группы инвалидности связано с последствиями огнестрельных ранений.

Таким образом, в результате проведенного анализа отдаленных результатов у пациентов этой группы, нами установлено, что осложнения в этой группе пациентов возникают в 66,6% наблюдений. Причем, большинство их связано с развитием спаечного процесса, как в грудной, так и в брюшной полости.

ГЛАВА 4

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ

4.1. Результаты исследования пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений сосудов по шкале Rutherford в отдаленном послеоперационном периоде

Отдаленные результаты у пациентов с огнестрельными ранениями периферических сосудов конечности проведено у 36 пациентов. Были выполнены следующие виды операций: перевязка артерии и вены предплечья – 8 (22,2%), циркулярный шов на артерию по Каррелю при ранении плечевой и бедренной артерий – 7 (19,4%), аутовенозный протез на плечевую и бедренные артерии – 7 (19,4%), резекция участка сосуда предплечья – 14 (38,8%). Группу сравнения составили 10 здоровых добровольцев схожих по возрасту и полу. Пациенты с сопутствующими повреждениями костей в данную работу не включались.

За основу анализа нами принята шкала изменений в клиническом статусе по Rutherford et al. (2001), рекомендованная в качестве стандарта консенсусом российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (сентябрь 2001 года, Казань). При изучении показателей мы исходим из состояния пациента до оперативного лечения.

Полученные результаты по шкале Rutherford et al. (2001) у пациентов после перевязки сосудов представлены в табл. 6.

Исходя из данных представленных в табл. 6 видно, что подавляющее большинство пациентов, которым были выполнены перевязки сосудов по поводу огнестрельных ранений – 7 (87,5%) не отмечают каких-либо изменений, только 1 (12,5%) обследованный отметил минимальное улучшение.

Таблица 6

Результаты исследования по шкале Rutherford et al. у пациентов после перевязки сосудов (n = 8)

Баллы	Эффективность	Абсолютное количество	%
+3	Значительное улучшение	-	-
+2	Умеренное улучшение	-	-
+1	Минимальное улучшение	1	12,5%
0	Без изменений	7	87,5%
-2	Умеренное ухудшение	-	-
-3	Значительное ухудшение	-	-

Результаты исследования по шкале Rutherford et al. у пациентов после циркулярного шва на артерию представлены в табл. 7.

Таблица 7

Результаты исследования по шкале Rutherford et al. у пациентов после циркулярного шва на артерию (n = 7)

Баллы	Эффективность	Абсолютное количество	%
+3	Значительное улучшение	-	-
+2	Умеренное улучшение	-	-
+1	Минимальное улучшение	-	-
0	Без изменений	7	100%
-2	Умеренное ухудшение	-	-

-3	Значительное ухудшение	-	-
----	------------------------	---	---

Из представленных в табл. 7 данных видно, что все пациенты после перенесенного наложения циркулярного шва на артерию не отметили изменений в своем состоянии.

Результаты исследования по шкале Rutherford et al. у пациентов после аутовенозного протеза на артерию представлены в табл. 8.

Таблица 8

Результаты исследования по шкале Rutherford et al. у пациентов после аутовенозного протеза на артерию (n = 7)

Баллы	Эффективность	Абсолютное количество	%
+3	Значительное улучшение	-	-
+2	Умеренное улучшение	-	-
+1	Минимальное улучшение	-	-
0	Без изменений	7	100%
-2	Умеренное ухудшение	-	-
-3	Значительное ухудшение	-	-

В данной группе пациентов также не было отмечено каких-либо изменений в самочувствии обследованных.

Результаты исследования по шкале Rutherford et al. у пациентов после резекция сегмента представлены в табл. 9.

Данные представленные в табл. 9 показывают, что все обследованные пациенты данной группы отмечают значительное ухудшение в своем состоянии.

Таким образом, проведенные исследования показывают, что в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений сосудов по шкале Rutherford et al. оказались в группе пациентов после резекции участка сосуда, где все больные отметили значительное ухудшение.

Таблица 9

Результаты исследования по шкале Rutherford et al. у пациентов после резекции участка сосуда (n = 14)

Баллы	Эффективность	Абсолютное количество	%
+3	Значительное улучшение	-	-
+2	Умеренное улучшение	-	-
+1	Минимальное улучшение	-	-
0	Без изменений	-	-
-2	Умеренное ухудшение	-	-
-3	Значительное ухудшение	14	100%

4.2. Изучение показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции у пациентов после огнестрельных ранений сосудов в отдаленном послеоперационном периоде

Одним из показателей эффективности оперативного лечения у пациентов после огнестрельных ранений сосудов считается определение показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции. Данные показатели определяли по динамике реографического индекса (РИ), лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), фотоплетизмографического индекса (ФИ).

Результаты исследования показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции у пациентов после перевязки сосудов представлены в табл. 10.

Таблица 10

Результаты исследования показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции у пациентов после перевязки сосудов ($M \pm m$)

Анализируемый показатель	Результаты в группах		p
	основной (n = 7)	сравнения (n = 7)	
РИ	0,98 ± 0,2	1,0 ± 0,2	>0,05
ЛПИ	0,9 ± 0,3	1,0 ± 0,2	>0,05
ФИ (%)	36,1 ± 1,9	37,1 ± 1,2	>0,05

Из представленных в табл. 10 данных видно, что все исследуемые показатели в анализируемой группе существенно не отличались от данных полученных в группе сравнения.

Показатели периферической гемодинамики и микроциркуляции у пациентов после у пациентов после циркулярного шва на артерию по поводу огнестрельных ранений сосудов в отдаленном послеоперационном периоде представлены в табл. 11.

Таблица 11

Результаты исследования показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции у пациентов после циркулярного шва на артерию ($M \pm m$)

Анализируемый показатель	Результаты в группах		p
	основной (n = 8)	сравнения (n = 10)	
РИ	0,99 ± 0,4	1,0 ± 0,2	>0,05
ЛПИ	1,0 ± 0,2	1,0 ± 0,2	>0,05
ФИ (%)	36,4 ± 1,9	37,1 ± 1,2	>0,05

Из данных табл. 11 видно, что исследуемые показатели в данной группе пациентов также не отличались от нормальных полученных в группе сравнения.

Результаты исследования показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции у пациентов после аутовенозного протеза на артерию, выполненные по поводу огнестрельного ранения сосуда представлены в табл. 12.

Таблица 12

Результаты исследования показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции у пациентов после аутовенозного протеза ($M \pm m$)

Анализируемый показатель	Результаты в группах		p
	основной (n = 7)	сравнения (n = 7)	
РИ	0,98 ± 0,2	1,0 ± 0,2	>0,05
ЛПИ	0,9 ± 0,3	1,0 ± 0,2	>0,05
ФИ (%)	36,1 ± 1,9	37,1 ± 1,2	>0,05

Представление в табл. 12 данные также свидетельствуют о том, что наложение аутовенозного протеза не оказывает влияния на показатели периферической гемодинамики и микроциркуляции у оперированных пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

В тоже время в группе пациентов после выполнения резекции участка сосуда отмечено значительное, статистически достоверное снижение всех показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции (табл. 13).

Из этого можно сделать заключение, что выполнение резекции участка сосуда по поводу огнестрельного ранения сосудов в отдаленном послеоперационном периоде приводит к значительному снижению показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции.

Таблица 13

Результаты исследования показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции у пациентов после резекции сегмента ($M \pm m$)

Анализируемый показатель	Результаты в группах		p
	основной (n = 14)	сравнения (n = 10)	
РИ	$0,87 \pm 0,2$	$1,0 \pm 0,2$	<0,05
ЛПИ	$0,85 \pm 0,3$	$1,0 \pm 0,2$	<0,05
ФИ (%)	$33,1 \pm 1,9$	$37,1 \pm 1,2$	<0,05

4.3. Результаты исследования качества жизни пациентов, оперированных на сосудах по поводу огнестрельных ранений

Интегральные показатели качества жизни больных после хирургического лечения у пациентов этой группы осуществлялось с помощью Шкалы SF-36, учитывались физический и психологический компоненты.

Результаты изучения КЖ у пациентов после перевязки сосудов представлены в табл. 14.

Из данных представленных в табл. 14 видно, что показатели КЖ, характеризующие как физический, так и психологический компоненты в группе пациентов после перевязки сосудов в отдаленном послеоперационном периоде не отличались от показателей КЖ группы сравнения, состоящей из относительно здоровых людей. Это свидетельствует о том, что выполнение перевязки сосудов у пациентов с огнестрельными ранениями сосудов не ведет к снижению КЖ.

Таблица 14

Результаты исследования показателей КЖ у пациентов после перевязки сосудов ($M \pm m$)

Анализируемый показатель КЖ	Результаты в группах		p
	основной (n = 7)	сравнения (n = 7)	
Общее состояние здоровья (GH)	68 ± 0,3	67 ± 0,4	>0,05
Физическое функционирование (PE)	98 ± 0,2	100 ± 0,2	>0,05
Влияние физического состояния на ролевое функционирование (RP)	99 ± 0,1	100 ± 0,2	>0,05
Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE)	98 ± 0,2	100 ± 0,3	>0,05
Социальное функционирование (SF)	50 ± 0,2	50 ± 0,2	>0,05
Интенсивность боли, ее влияние на функционирование (BP)	100 ± 0,1	100 ± 0,2	>0,05
Жизнеспособность (VT)	64 ± 0,2	65 ± 0,3	>0,05
Самооценка психического здоровья (MH)	67 ± 0,1	68 ± 0,3	>0,05

Результаты исследования КЖ у пациентов после циркулярного шва на артерию по Каррелю, выполненную по поводу огнестрельных ранений сосудов в отдаленном послеоперационном периоде, представлены в табл. 15.

Таблица 15

Результаты исследования показателей КЖ у пациентов после циркулярного шва на артерию ($M \pm m$)

Анализируемый показатель КЖ	Результаты в группах		p
	основной (n = 8)	сравнения (n = 10)	
Общее состояние здоровья (GH)	66 ± 0,3	67 ± 0,4	>0,05
Физическое функционирование (PE)	99 ± 0,2	100 ± 0,2	>0,05
Влияние физического состояния на ролевое функционирование (RP)	100 ± 0,1	100 ± 0,2	>0,05
Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE)	100 ± 0,2	100 ± 0,3	>0,05
Социальное функционирование (SF)	49 ± 0,2	50 ± 0,2	>0,05
Интенсивность боли, ее влияние на функционирование (BP)	99 ± 0,1	100 ± 0,2	>0,05
Жизнеспособность (VT)	64 ± 0,2	65 ± 0,3	>0,05
Самооценка психического здоровья (MH)	67 ± 0,1	68 ± 0,3	>0,05

Из данных представленных в табл. 15 видно, что показатели КЖ у пациентов этой группы также не отличались от данных группы сравнения. Из этого можно сделать заключение, что выполнение данной операции при

огнестрельных ранениях сосудов не оказывает влияния на КЖ оперированных в отдаленном послеоперационном периоде.

Показатели КЖ у пациентов после аутовенозного протеза представлены в табл. 16.

Таблица 16

Результаты исследования показателей КЖ у пациентов после аутовенозного протеза ($M \pm m$)

Анализируемый показатель КЖ	Результаты в группах		p
	основной (n = 7)	сравнения (n = 7)	
Общее состояние здоровья (GH)	66 ± 0,3	67 ± 0,4	>0,05
Физическое функционирование (PE)	99 ± 0,2	100 ± 0,2	>0,05
Влияние физического состояния на ролевое функционирование (RP)	100 ± 0,1	100 ± 0,2	>0,05
Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE)	100 ± 0,2	100 ± 0,3	>0,05
Социальное функционирование (SF)	49 ± 0,2	50 ± 0,2	>0,05
Интенсивность боли, ее влияние на функционирование (BP)	99 ± 0,1	100 ± 0,2	>0,05
Жизнеспособность (VT)	64 ± 0,2	65 ± 0,3	>0,05
Самооценка психического здоровья (MH)	67 ± 0,1	68 ± 0,3	>0,05

Полученные данные показывают, что наложение аутовенозного протеза у пациентов после огнестрельных ранений сосудов не влияет на КЖ оперированных пациентов.

Показатели КЖ в группе пациентов после резекции сегмента по поводу огнестрельного ранения в отдаленном послеоперационном периоде представлены в табл. 17.

Таблица 17

Результаты исследования показателей КЖ у пациентов после резекции участка сосуда ($M \pm m$)

Анализируемый показатель КЖ	Результаты в группах		p
	основной (n = 14)	сравнения (n = 10)	
Общее состояние здоровья (GH)	45 ± 0,3	67 ± 0,4	<0,05
Физическое функционирование (PE)	79 ± 0,2	100 ± 0,2	<0,05
Влияние физического состояния на ролевое функционирование (RP)	78 ± 0,1	100 ± 0,2	<0,05
Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE)	89 ± 0,2	100 ± 0,3	<0,05
Социальное функционирование (SF)	49 ± 0,2	50 ± 0,2	>0,05
Интенсивность боли, ее влияние на функционирование (BP)	99 ± 0,1	100 ± 0,2	>0,05
Жизнеспособность (VT)	64 ± 0,2	65 ± 0,3	>0,05
Самооценка психического здоровья (MH)	67 ± 0,1	68 ± 0,3	>0,05

Как видно из представленных в табл. 17 данных, у пациентов после резекции сегмента сосуда по поводу огнестрельного ранения, в отдаленном послеоперационном периоде показатели КЖ изменяются не равномерно.

Зарегистрировано статистически достоверное снижение показателей КЖ характеризующих физический компонент. Так происходит снижение таких показателей, как общего физического здоровья в 2,6 раза; физического функционирования в 3 раза, влияние физического состояния на ролевое функционирование в 3 раза, влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование в 2 раза по сравнению с данными группы сравнения.

В тоже время показатели КЖ характеризующие психологический компонент не менялись и соответствовали данным, полученным в группе сравнения.

Таким образом, представленные результаты показывают, что выполнение таких операций, как перевязка сосудов, наложение после циркулярного шва на артерию и аутовенозного протеза у пациентов после огнестрельных ранений сосудов не влияют на показатели КЖ оперированных пациентов в отдаленном послеоперационном периоде. В тоже время у пациентов после резекции участка артерии происходит снижение таких показателей, как общего физического здоровья, физического функционирования, влияние физического состояния на ролевое функционирование, влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование раза по сравнению с данными группы сравнения. В тоже время показатели КЖ характеризующие психологический компонент не менялись и соответствовали данным, полученным в группе сравнения.

ГЛАВА 5

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ, В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

5.1. Результаты изучения показателей качества жизни у пациентов, оперированных на органах брюшной полости

КЖ у пациентов после хирургического лечения огнестрельных ранений живота в отдаленном послеоперационном периоде изучены у 34 пациентов. Интегральные показатели КЖ пациентов после хирургического лечения у пациентов этой группы осуществлялось с помощью Шкалы SF-36, при этом учитывались физический и психологический компоненты. Группу сравнения составило 25 здоровых добровольца того же возраста и пола.

Полученные результаты изучения КЖ представлены на рис. 4.

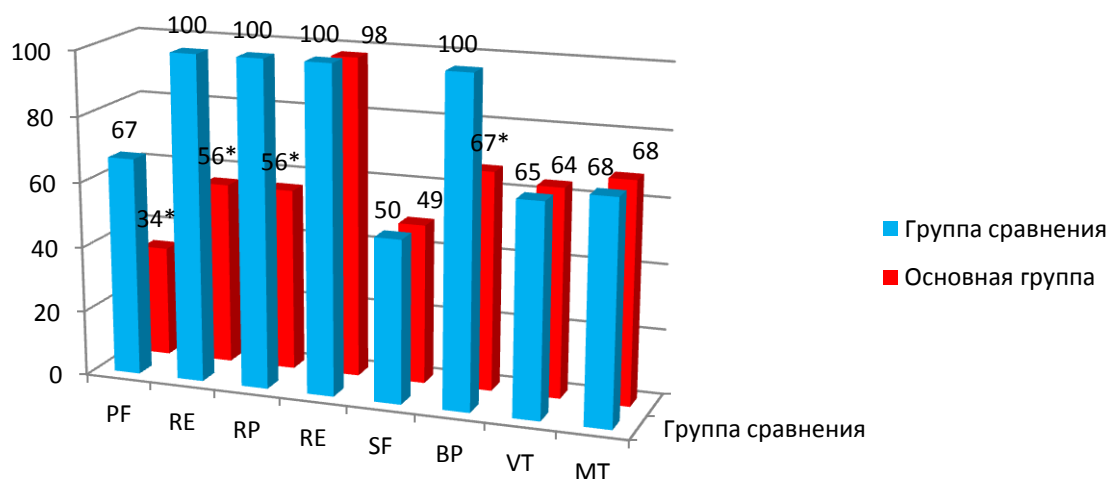


Рис. 4. Результаты КЖ у пациентов, оперированных на брюшной полости в отдаленном послеоперационном периоде

Из данных представленных на рис. 4 видно, что у пациентов, оперированных на органах брюшной полости, отмечается снижение таких показателей КЖ, как общее состояние здоровья: в группе сравнения данный показатель составил $67 \pm 0,3$, а в основной группе – $34 \pm 0,1$ ($p < 0,05$).

Влияние физического функционирования. В группе сравнения данный показатель составил $100 \pm 0,3$, в основной группе он был снижен $56 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). Основная причина снижения, по мнению обследованных, была связана со снижением эмоционального статуса пациентов.

Показатель влияния физического состояния на ролевое функционирование. В группе сравнения данный показатель составил $100 \pm 0,2$, в основной группе отмечалось снижение до $56 \pm 0,2$ ($p < 0,05$). Основной причиной снижения данного показателя у большинства пациентов было невозможность ведения домашнего хозяйства.

Шкала ролевого эмоционального функционирования. В группе сравнения составил $100 \pm 0,4$, в основной группе – $98 \pm 0,2$ ($p > 0,05$), т.е. данный показатель в группе обследованных не изменялся и соответствовал данным группы сравнения.

Показатель шкалы социального функционирования. В группе сравнения составил $50 \pm 0,2$, в основной группе – $49 \pm 0,3$ ($p > 0,05$). Отсюда следует, что у пациентов этой группы не возникает предпятий в общении, связанных с эмоциональными проблемами.

Шкала, отражающая интенсивность боли и ее влияние на функционирование. В группе сравнения составила $100 \pm 0,3$, в основной группе – $67 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). Анализ показывает, что данный показатель в основной группе статистически достоверно снижен по сравнению с группой сравнения. Большинство обследуемых указали на неинтенсивные,

периодические возникающие болевые ощущения, не препятствующие выполнению привычных действий.

Шкала жизнеспособности. В группе сравнения данный показатель составил $65 \pm 0,3$, в основной группе – $64 \pm 0,1$ ($p > 0,05$). Из данных видно, что данный показатель в основной группе соответствовал данным, полученным в группе сравнения, отсюда следует, что у пациентов анализируемой группы не происходит снижения жизненного тонуса.

Показатели шкалы психологического здоровья. В группе сравнения составили $68 \pm 0,2$, в основной группе – $68 \pm 0,1$ ($p > 0,05$), т.е. выполненная операция ни как не влияла на настроение обследуемых пациентов.

Таким образом, проведенные исследования показателей КЖ у пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений живота, показывают, что в данной группе отмечается снижение показателей характеризующих общее состояние здоровья, физического функционирования, физического состояния на ролевое функционирование.

5.2. Результаты изучения показателей качества жизни у пациентов, оперированных на органах груди

КЖ у пациентов после хирургического лечения огнестрельных ранений грудной клетки в отдаленном послеоперационном периоде изучены у 22 пациентов. Интегральные показатели КЖ пациентов после хирургического лечения у пациентов этой группы осуществлялось с помощью Шкалы SF-36, учитывались физический и психологический компоненты. Группу сравнения составило 20 здоровых добровольца того же возраста и пола.

Полученные результаты изучения КЖ представлены на рис. 5.

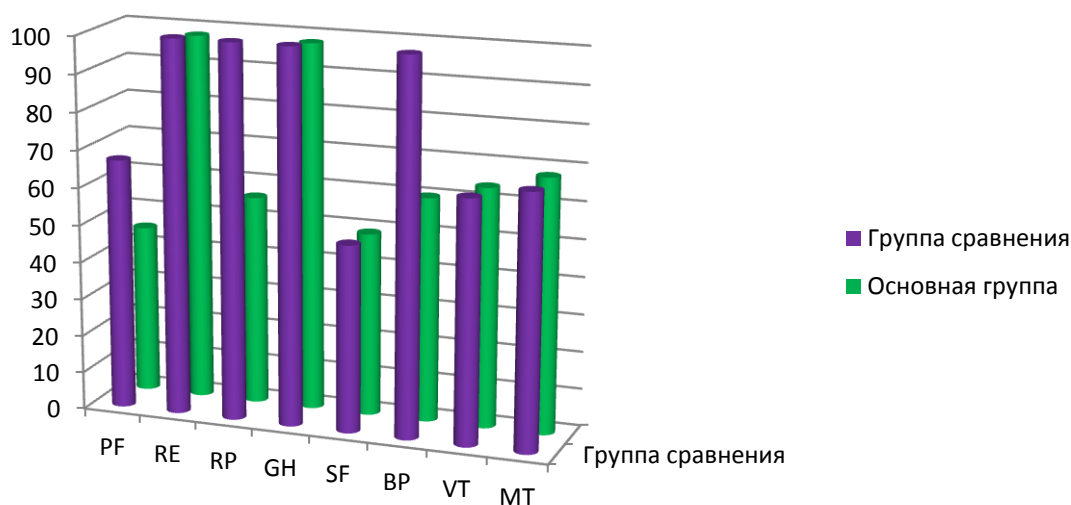


Рис. 5. Результаты КЖ у пациентов, оперированных на груди в отдаленном послеоперационном периоде

Как видно из данных представленных на рис. 5 видно у пациентов, оперированных на груди, отмечается снижение таких показателей КЖ, как общее состояние здоровья, так в группе сравнения данный показатель составил $67 \pm 0,3$, а в основной группе – $45 \pm 0,1$ ($p < 0,05$).

Влияние физического функционирования. В группе сравнения данный показатель составил $100 \pm 0,3$, в основной группе он был снижен $45 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). Основная причина снижения, по мнению обследованных, была связана со снижением эмоционального статуса пациентов.

Показатель влияния физического состояния на ролевое функционирование. В группе сравнения данный показатель составил 100 ± 02 , в основной группе $56 \pm 0,2$ ($p < 0,05$). Отсюда следует, что исследуемый показатель значительно снижался по сравнению с данными группы сравнения. Снижение данного показателя было обусловлено возникающими

проблемами при выполнении физической нагрузке, пациенты жаловались на возникающую одышку.

Шкала ролевого эмоционального функционирования. В группе сравнения составил $100 \pm 0,4$, в основной группе – $98 \pm 0,2$ ($p > 0,05$), т.е. данный показатель в группе обследованных не изменялся и соответствовал данным группы сравнения.

Показатель шкалы социального функционирования. В группе сравнения составил $50 \pm 0,2$, в основной группе – $49 \pm 0,3$ ($p > 0,05$). Отсюда следует, что у пациентов этой группы не возникает препятствий в общении, связанных с эмоциональными проблемами.

Шкала, отражающая интенсивность боли и ее влияние на функционирование. В группе сравнения составила $100 \pm 0,3$, в основной группе – $49 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). Анализ показывает, что данный показатель в основной группе статистически достоверно снижен по сравнению с группой сравнения. Большинство обследуемых указали на неинтенсивные, периодические возникающие болевые ощущения, не препятствующие выполнению привычных действий.

Шкала жизнеспособности. В группе сравнения данный показатель составил $65 \pm 0,3$, в основной группе – $64 \pm 0,1$ ($p > 0,05$). Из данных видно, что данный показатель в основной группе соответствовал данным, полученным в группе сравнения, отсюда следует, что у пациентов анализируемой группы не происходит снижения жизненного тонуса.

Показатели шкалы психологического здоровья. В группе сравнения составили $68 \pm 0,2$, в основной группе – $68 \pm 0,1$ ($p > 0,05$), т.е. выполненная операция ни как не влияла на настроение обследуемых пациентов.

Проведенный анализ КЖ у пациентов после огнестрельных ранений грудной клетки в отдаленном послеоперационном периоде показывает, что отмечается снижение таких показателей КЖ, как общее состояние здоровья, влияния физического функционирования, показателя влияния физического состояния на ролевое функционирование и шкала, отражающая интенсивность боли и ее влияние на функционирование. В тоже время не изменялись такие показатели КЖ как шкала ролевого эмоционального функционирования, показателя шкалы социального функционирования, шкалы жизнеспособности и шкалы психологического здоровья.

5.3. Результаты изучения показателей качества жизни у пациентов, оперированных по поводу торакоабдоминальных ранений

КЖ у пациентов после хирургического лечения огнестрельных торакоабдоминальных в отдаленном послеоперационном периоде изучены у 18 пациентов. Интегральные показатели КЖ пациентов после хирургического лечения у пациентов этой группы осуществлялось с помощью Шкалы SF-36, учитывались физический и психологический компоненты. Группу сравнения составило 10 относительно здоровых добровольца того же возраста и пола.

Полученные результаты исследования КЖ представлены на рис. 6.

Полученные данные исследования КЖ у пациентов, оперированных по поводу торакоабдоминальных ранений, существенно не отличались от данных полученных в группе пациентов после ранений грудной клетки. Так, отмечается снижение таких показателей КЖ, как общее состояние здоровья, так в группе сравнения данный показатель составил $67 \pm 0,3$, а в основной группе – $45 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). Основной причиной снижения данного показателя была субъективная оценка данного показателя обследуемыми.

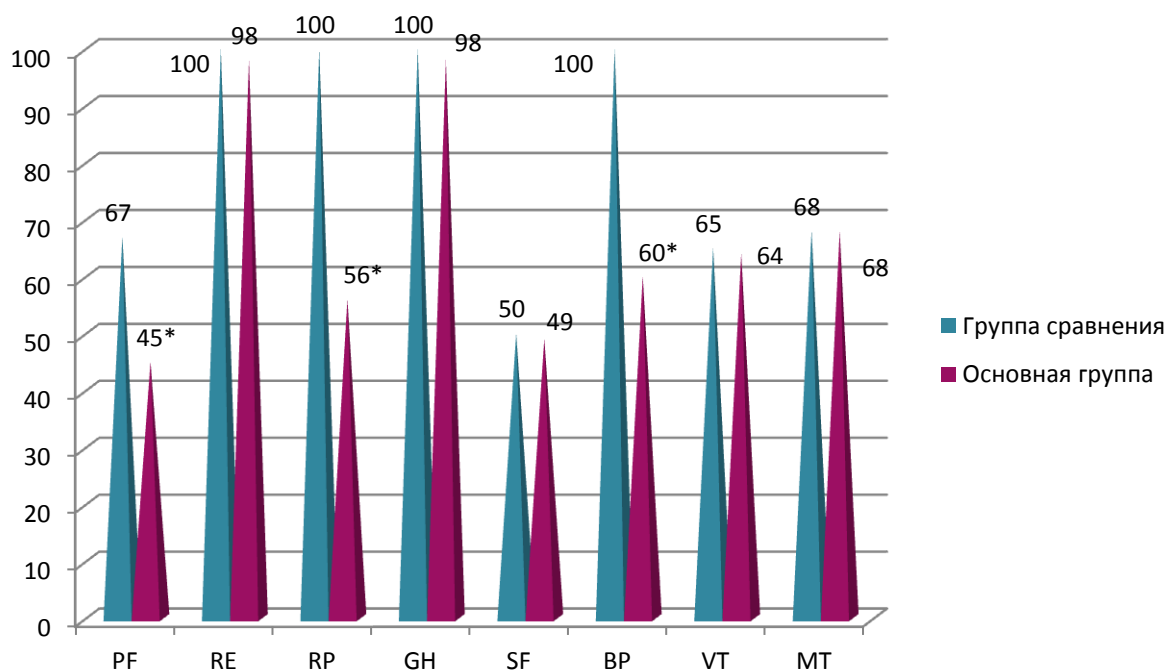


Рис. 6. Результаты КЖ у пациентов, оперированных по поводу торакоабдоминальных ранений в отдаленном послеоперационном периоде

Влияние физического функционирования: в группе сравнения данный показатель составил $100 \pm 0,3$, в основной группе он был снижен $45 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). Основная причина снижения, по мнению обследованных, была связана со снижением эмоционального статуса пациентов.

Показатель влияния физического состояния на ролевое функционирование: в группе сравнения данный показатель составил $100 \pm 0,2$, в основной группе $56 \pm 0,2$ ($p < 0,05$). Отсюда следует, что исследуемый показатель значительно снижался по сравнению с данными группы сравнения. Снижение данного показателя было обусловлено возникающими проблемами при выполнении физической нагрузке, пациенты жаловались на возникающую одышку.

Шкала ролевого эмоционального функционирования: в группе сравнения составил $100 \pm 0,4$, в основной группе – $98 \pm 0,2$ ($p > 0,05$), т.е.

данный показатель в группе обследованных не изменялся и соответствовал данным группы сравнения.

Показатель шкалы социального функционирования: в группе сравнения составил $50 \pm 0,2$, в основной группе – $49 \pm 0,3$ ($p > 0,05$). Отсюда следует, что у пациентов этой группы не возникает препятствий в общении, связанных с эмоциональными проблемами.

Шкала, отражающая интенсивность боли и ее влияние на функционирование: в группе сравнения составила $100 \pm 0,3$, в основной группе – $49 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). Анализ показывает, что данный показатель в основной группе статистически достоверно снижен по сравнению с группой сравнения. Большинство обследуемых указали на неинтенсивные, периодические возникающие болевые ощущения, не препятствующие выполнению привычных действий.

Шкала жизнеспособности: в группе сравнения данный показатель составил $65 \pm 0,3$, в основной группе – $64 \pm 0,1$ ($p > 0,05$). Из данных видно, что данный показатель в основной группе соответствовал данным, полученным в группе сравнения, отсюда следует, что у пациентов анализируемой группы не происходит снижения жизненного тонуса.

Показатели шкалы психологического здоровья: в группе сравнения составили $68 \pm 0,2$, в основной группе – $68 \pm 0,1$ ($p > 0,05$), т.е. выполненная операция ни как не влияла на настроение обследуемых пациентов.

Проведенный анализ КЖ у пациентов после огнестрельных торакоабдоминальных ранений в отдаленном послеоперационном периоде показывает, что отмечается снижение таких показателей КЖ, как общее состояние здоровья, влияния физического функционирования, показателя влияния физического состояния на ролевое функционирование и шкала, отражающая интенсивность боли и ее влияние на функционирование. В тоже

время не изменялись такие показатели КЖ как шкала ролевого эмоционального функционирования, показателя шкалы социального функционирования, шкалы жизнеспособности и шкалы психологического здоровья. Отсюда следует, что номенклатура показателей качества жизни должна включать как объективные характеристики самого человека (или социума), его жизнедеятельности и условий жизни, так и субъективные оценочные характеристики, отражающие отношение субъекта к реалиям его жизни [Васильев В.П., 2007]. Поэтому с целью изучения показателей КЖ у пациентов, оперированных на внутренних органах по поводу огнестрельных ранений в отдаленном послеоперационном периоде, изучены данные показатели у 65 пациентов. В результате проведенного исследования нами установлено, что у пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений живота, отмечается снижение показателей характеризующих общее состояние здоровья (GH), физического функционирования (PF), физического состояния на ролевое функционирование (RP), интенсивность боли и ее влияние на функционирование (BP). В тоже время не изменялись и соответствовали данным, полученным в группе сравнения такие показатели, как ролевое эмоциональное функционирование, показатель шкалы социального функционирования, жизнеспособности и шкала психологического здоровья. В группе пациентов, оперированных по поводу ранений грудной клетки в отдаленном послеоперационном периоде, отмечается снижение таких показателей КЖ, как общее состояние здоровья (GH), влияния физического функционирования (PF), показателя влияния физического состояния на ролевое функционирование (RP) и шкала, отражающая интенсивность боли и ее влияние на функционирование (BP). В тоже время не изменялись такие показатели КЖ как шкала ролевого эмоционального функционирования (RE), показателя шкалы социального функционирования (SF), шкалы жизнеспособности (VT) и шкалы психологического здоровья (MH). У пациентов после огнестрельных

торакоабдоминальных ранений в отдаленном послеоперационном периоде показывает, что отмечается снижение таких показателей КЖ, как общее состояние здоровья (GH), влияния физического функционирования (PF), показателя влияния физического состояния на ролевое функционирование (RP) и шкала, отражающая интенсивность боли и ее влияние на функционирование (BP). В тоже время не изменялись такие показатели КЖ как шкала ролевого эмоционального функционирования (RE), показателя шкалы социального функционирования (SF), шкалы жизнеспособности (VT) и шкалы психологического здоровья (MH).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Огнестрельные ранения гражданского населения в условиях локальных конфликтов остается достаточно актуальной проблемой. Огнестрельные ранения имеют принципиальные отличия от повреждений живота, вызванных действием других травмирующих факторов [Курицын А.Н., 2002; Blaisde F.W., Trunkey D.D., 1993 и др.]. При этом послеоперационные осложнения при огнестрельных ранениях живота наблюдаются у 20,1% больных, послеоперационная летальность составляет 13,6% [Яхихажиев С.К., 2006], летальность при проникающих ранениях груди – 6,3%, а при торакоабдоминальных ранениях – 16,2% [Керимов А.З., 2010]. Огнестрельные ранения сосудов встречаются 3,7% [Капустин Р.Ф., Гомбалевский Д.В., 2004] Вместе с тем, необходимо отметить, что если количество осложнений и их структура в ближайшем послеоперационном периоде изучены достаточно хорошо, то течение отдаленного послеоперационного периода и влияние осложнений на КЖ в отдаленном послеоперационном периоде остаются малоизученными.

Нами проведено изучение отдаленного послеоперационного периода у 100 пациентов, проходивших лечение по поводу огнестрельных ранений грудной клетки, живота, торакоабдоминальных ранений и ранений крупных сосудов на базе 9-й городской больницы г. Грозного (Чеченская республика) в период с 2000 по 2003 г.г., т.е. с момента получения травмы прошло не менее 10 лет. Анализ течения отдаленного послеоперационного периода проводился с помощью специально разработанной анкеты, а так же инструментальных методов. КЖ изучалось с использованием опросника SF-36.

Для удобства исследования все пациенты были разделены на четыре группы:

1. Пациенты после огнестрельных ранений живота.
2. Пациенты после огнестрельных ранений грудной клетки.
3. Пациенты после огнестрельных торакоабдоминальных ранений.
4. Пациенты с огнестрельными ранениями сосудов.

Обследование пациентов проводилось в амбулаторных условиях с помощью специально разработанной анкеты, включающей в себя максимальное число жалоб, наиболее часто встречаемых у оперированных на этом органе (по данным, представленным в литературе и результатам собственных исследований). После тщательного заполнения предложенной анкеты пациенты осматривались врачом и расписывались в ней.

Отдаленные результаты хирургического лечения огнестрельных ранений живота изучены у 34 пациентов. При проведении анализа полученных данных у пациентов этой группы нами установлено, что не предъявляли никаких жалоб и чувствовали себя удовлетворительно лишь 8 (23,5%) у остальных 26 (76,4%) выявлены различные жалобы, связанные с ранее перенесенной операцией. Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на повторные операции на брюшной полости – 26 (76,4%). При этом наиболее часто операции выполнялись по поводу грыжи передней брюшной стенки – 21 (61,7%). Во всех наблюдениях грыжи были вентральные. В большинстве наблюдений выполнилось грыжесечение с пластикой апоневроза местными тканями – 17 наблюдений, грыжесечение по Лихтенштейну было выполнено в 4 наблюдениях. В большинстве наблюдений – 15 операции были выполнены в плановом порядке, в 6 случаях в экстренном порядке, из них во всех случаях было зарегистрировано ущемление содержимого грыжевого мешка. Следует отметить, что развитие вентральной грыжи передней брюшной стенки не было связано с конкретной операцией, развитие этого осложнения было отмечено после различных операций по поводу огнестрельных ранений, при этом рецидив грыжи отмечен у 6 пациентов.

По поводу кишечной непроходимости было прооперировано 12 (35,2%) пациентов. Во всех наблюдениях операции были выполнены в экстренном порядке, выполнялся энтеролиз, дренирование кишечника и брюшной полости. При этом у 4 пациента оперировались 2 и более раз. Связи развития кишечной непроходимости и конкретным оперативным вмешательством нами так же не удалось установить.

Повторные операции по поводу гнойников брюшной полости выполнены у 3 (8,8%) бывших больных. При этом во всех наблюдениях пострадавшим была выполнена спленэктомия. В данном случае развитие этого осложнения можно связать со снижением иммунной защиты после удаления селезенки.

Снижение или отсутствие аппетита было выявлено у 16 (47%) обследованных. Данные жалобы наиболее часто предъявлялись пациентами. Связи с конкретным оперативным вмешательством нами установлено не было. По нашему мнению данная жалоба может быть проявлением развившейся спаечной болезнью брюшной полости. При этом большинство обследованных не обращалось за медицинской помощью в лечебные учреждения, и справлялись с этой жалобой самостоятельно.

Задержка стула и газов выявлено у 14 (41,1%) обследованных. Развитие данного осложнения может быть проявлением спаечной болезни брюшной полости. При этом во всех наблюдениях пациенты не обращались за медицинской помощью по поводу данной жалобы и справлялись самостоятельно в основном диетой. Задержка стула и газов носили не постоянный, а периодический характер.

Схваткообразные боли в животе выявлены у 12 (35,2%) обследованных. При проведении анализа нами установлено, что боли не носили интенсивный характер, были периодическими и существенно не влияли на КЖ оперированных пациентов. В большинстве наблюдений они сопровождалась задержкой стула и газов, тошнотой, отсутствием аппетита.

Данная жалоба может быть связана с проявлением спаечной болезни брюшной полости, и не была привязана к конкретному оперированному органу.

Аллергические реакции выявлены у 4 (11,7%) обследованных. Следует подчеркнуть, что данное осложнение развилось только у тех пациентов, которым была выполнена спленэктомия по поводу травмы селезенки. Во всех случаях аллергическая реакция проявлялась в виде крапивницы, купировалась антигистаминными средствами. При этом конкретный аллерген установить не удалось.

Тошнота выявлена в 3 (8,8%) наблюдениях. При этом все пациенты были ранее оперированы по поводу огнестрельных ранений желудка, и им было выполнено ушивание ран. Пациенты предъявляли жалобы на тошноту в случае переедания, вследствие чего употребляли меньше пищи или питались дробно.

Постоянные боли в животе выявлены в 2 (5,8%) наблюдениях. Во всех случаях пациенты ранее были оперированы по поводу ранений правой половины толстой кишки, и им была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением анастомоза «бок в бок». При этом боли не носили интенсивный характер, купировались приемом таблетированных спазмолитиков.

Жидкий стул выявлен также в 2 (5,8%) случаях. При этом пациенты в послеоперационном периоде получали массивные дозы антибиотиков, и развитие этого осложнения может быть проявлением дисбактериоза.

Из представленных данных следует, что большинство жалоб у пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений брюшной полости в отдаленном послеоперационном периоде, можно связать с проявлением спаечной болезни брюшной полости. Для подтверждения этого предположения нами выполнено ряд инструментальных исследований

включающих УЗИ органов брюшной полости и рентгенографию с пассажем бария по кишечнику.

УЗ-исследование выполнено у 23 пациентов без предварительной подготовки. В результате проведенных исследований каких-либо патологических образований в брюшной полости выявить не удалось. Вместе с тем необходимо отметить, что у большинства пациентов первоначальное исследование было затруднено из-за повышенного газообразования, что потребовало повторного исследования после соответствующей подготовки кишечника.

При проведении обзорной рентгенографии органов брюшной полости (ОБП) нами так же не было выявлено какой-либо значимой патологии. В тоже время при проведении исследования пассажа бария по кишечнику нами были выявлены следующее: прямых признаков, определяющих форму, размеры, вид, локализацию спаек получено не было. Однако мы обратили внимание на наличие у 98,3% обследуемых косвенных признаков спаечного процесса брюшины: деформацию кишечных петель, фиксацию их к брюшной стенке или послеоперационному рубцу, другим органам, конгломераты петель тонкой кишки с неравномерной скоростью эвакуации по ним контраста, сужение сегментов тонкой кишки, расширение и утолщение стенки кишки выше спаек, образование ложных дивертикулов в тонкой кишке за счет ее тракции спайками. Чаще всего обнаруживалось сочетание нескольких рентгенологических признаков спаечного процесса. Отсюда следует, что предположение о наличии у пациентов этой группы наличие спаечной болезни брюшной полости можно считать верным.

В результате проведенного исследования все выявленные осложнения можно разделить на две основные группы:

1. Связаны с наличием послеоперационной вентральной грыжи.
2. Связаны с развившейся спаечной болезнью брюшной полости, и как следствие, спаечной непроходимостью кишечника.

Несомненно, выявленные осложнения влияли на КЖ оперированных пациентов. Так при проведении анализа этих показателей нами установлено, что у пациентов этой группы отмечается снижение показателей характеризующих общее состояние здоровья (GH), физического функционирования (PF), физического состояния на ролевое функционирование (RP), интенсивность боли и ее влияние на функционирование (BP). В тоже время не изменялись и соответствовали данным, полученным в группе сравнения такие показатели, как ролевое эмоциональное функционирование, показатель шкалы социального функционирования, жизнеспособности и шкала психологического здоровья.

Отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с проникающими ранениями грудной клетки проведено у 22 пациентов. Необходимо отметить, что в данной группе не предъявляли жалоб и чувствовали себя удовлетворительно 5 (22,7%) обследованных, у остальных 17 (77,2%) выявлены разнообразные жалобы. Основной жалобой, выявленной у этой группы пациентов, были жалобы на боли в области сердца без видимой причины – 77,2%. При этом боли не носили интенсивный характер, не были связаны с физической нагрузкой, чаще возникали при дыхании и не купировались приемом нитратов.

В 40,9% наблюдений больные предъявляли жалобы на одышку после небольшой физической нагрузки (например, ходьба на 10 – 15 м). Одышка могла возникать и при смене положения тела. При этом данное осложнение не купировалось приемом лекарственных средств, и проходила самостоятельно. Следует отметить, что большинство пациентов очень быстро адаптировались к данному осложнению.

Повторные операции были проведены у 36,3% пациентов. Причем во всех случаях они были выполнены по поводу гнойно-септических осложнений – остеомиелит ребра (ребер) или грудины. При этом выполнялись следующие вид оперативного лечения: тотальная резекция

грудины случаев с резекцией реберных хрящей в 9% наблюдений, вследствие вовлечения этих структур в воспалительный процесс. Субтотаньная резекция грудины с резекцией реберных хрящей, в 25% случаев; ребер, по тем же причинам – 35%. Подобная хирургическая тактика обусловлена особенностями распространения инфекции в переднем средостении и межреберных промежутках. После радикальной резекции пораженных тканей для устранения дефекта передней грудной стенки, герметизации плевральных полостей, изоляции краев резецированных ребер выполнялся второй (пластический) этап операции. При этом были выполнены следующие виды операций: мышечная пластика на сосудистой ножке, а также аутодермопластика свободным расщепленным перфорированным кожным лоскутом или рана закрытие раны вторичным натяжением. В 98% наблюдений достигнуто выздоровление.

В 4,5% наблюдений после повторной операции развилось осложнение – послеоперационная пневмония. Развитие данного осложнения может быть связано со снижением иммунной защиты организма.

Веgetо-сосудистые нарушения, проявляющиеся головокружением, головной болью выявлены в 27,2% наблюдений.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что у большинства пациентов этой группы отмечается развитие двух видов жалоб. Первые – гнойно-септические, проявляющиеся развитием остеомиелита грудины и (или) ребер, которые могут быть связаны с последствиями открытых огнестрельных ранений грудной клетки. Данный вид осложнения потребовал повторного оперативного лечения и в большинстве случаев закончился выздоровлением.

Вторая группа жалоб может быть связана с развитием спаечного процесса в грудной полости после проведенного оперативного вмешательства. С целью подтверждения этого предположения нами проведено инструментальное обследование пациентов этой группы.

При спирографическом обследовании у 80% обследованных выявлены умеренные изменения реструктивного типа, что может быть обусловлено развитием спаечного процесса в плевральной полости. Развитие спаечного процесса подтверждается и рентгенологическим исследованием, при котором у всех обследованных выявлены послеоперационные плевро-лечные-дифрогмальные спайки. Из общего количества обследованных у 33,3% человек выявлен диффузный пневмосклероз и уплотнение корней легких, еще у 26,6% пациентов – поднятие купола диафрагмы на одно ребро и смещение верхушки сердца в IV межреберье, а так же облитерация левого синуса.

В результате проведения ультразвукового исследования нами выявлено, что у 86,6% обследованных отмечается уплотнение листков перикарда, свидетельствующее о наличии у них спаечного процесса между серозными поверхностями перикарда

При проведении электрокардиографического исследования у 33,3% пациентов выявили отклонение электрической оси сердца влево. Нарушения реполяризации выявлено у 20% обследованных. Данные нарушения были обусловлены либо синдромом ранней реполяризации желудочков либо метоболическими нарушениями. Возникновение единичных экстрасистол выявлено у 10% пациентов.

Велоргаметрическое обследование проведено у 17 бывших пациентов. Следует отметить, что 2 из 17 пациентов проба с физической нагрузкой не проводилась из-за выраженной артериальной гипертензии (220 и 130 мм рт. ст.). Данное обследование проводилось методом дозированной ступенчато-возрастающей непрерывной нагрузки в положении обследуемого сидя на велоэргометре с частой педалирования 60 об/мин. Начальная ступень нагрузки составила 25 Вт, с увеличением на последующих ступенях до 50, 100 и 150 Вт до достижения у больного субмаксимальной частоты сердечных сокращений. У 3 (17,6%) пациентов проведение пробы было остановлено в

связи с появлением общей слабости, головокружения, одышки, чувства нехватки воздуха и отказа обследуемых от дальнейшего проведения пробы. Высокую толерантность к физической нагрузке имели 12 (35,2%) человек (мощность нагрузки в момент ее прекращения была равна 150 Вт). 5 (29,4%) имели среднюю толерантность к физической нагрузке, которая была прекращена при мощности в 100 Вт из-за развития общей слабости, головокружения, одышки, чувства нехватки воздуха. В ходе проводимого исследования проводилась запись ЭКГ и измерение АД по Н.С. Короткову. У 9 (52,9%) обследованных была нормэргическая реакция на нагрузку. У 8 (47%) гипертоническая, так как отмечался подъем артериального давления до 210 и 110 мм рт. ст. На высоте нагрузки в 150 Вт у 12 (32,4%) пациентов зафиксированы единичные желудочковые экстрасистолы. Косовосходящее смещение сегмента RS-T до 0,7 мм зарегистрировано у 5 (29,4%) обследованных. Восстановительный период у всех обследованных протекал без особенностей. В результате проведения велоэргометрии ни у одного пациента признаков ишемии не выявлено.

У пациентов этой группы в отдаленном послеоперационном периоде развиваются два вида осложнений. Первые связаны с развитием гнойно-септических осложнений, чаще всего остеомиелитом и требующие повторных операций. Второй вид осложнений связан с развитием спаечного процесса в грудной клетки и не требует повторного оперативного лечения.

При изучении показателей КЖ у пациентов этой группы нами установлено, что отмечается снижение таких показателей КЖ, как общее состояние здоровья (GH), влияния физического функционирования (PF), показателя влияния физического состояния на ролевое функционирование (RP) и шкала, отражающая интенсивность боли и ее влияние на функционирование (BP). В тоже время не изменялись такие показатели КЖ как шкала ролевого эмоционального функционирования (RE), показателя

шкалы социального функционирования (SF), шкалы жизнеспособности (VT) и шкалы психологического здоровья (MH).

Отдаленные результаты хирургического лечения больных с торакоабдоминальными ранениями были изучены у 18 пациентов. В данной группе обследованных не предъявляли жалоб, связанных с ранее перенесенной операцией и чувствовали себя удовлетворительно 6 (33,3%) обследованных. У остальных 12 (66,6%) обнаружены различные жалобы, связанные с ранее перенесенной операцией. Основными осложнениями, связанными с ранее перенесенной операцией, были повторные операции – 66,6%. При этом наибольшее количество повторных операций было выполнено по поводу вентральных грыж – 44,4%. Необходимо отметить, что в 14,2% наблюдений зарегистрирован рецидив грыжи. По поводу гнойно-септических осложнений повторные операции выполнены в 11,1% наблюдений. Во всех случаях операции были выполнены по поводу остеомиелита ребер, выполнена резекция ребра. В таком же проценте – 11,1% были выполнены повторные операции по поводу спаечной кишечной непроходимости.

Наиболее часто встречаемой жалобой у пациентов этой группы были схваткообразные боли в животе. Данная жалоба выявлена в 44,4% наблюдений. При этом боли не были постоянными, носили периодический характер, не были интенсивными и не сопровождалась задержкой отхождения стула и газов. Другими, наиболее частыми жалобами, выявленными в данной группе, были одышка и боли в области сердца без видимой причины – 33,3%. Одышка возникала при небольшой физической нагрузке, купировалась в состоянии покоя. Боли в сердце не были связаны с физической нагрузкой, носили неинтенсивный характер и не купировались приемом нитратов.

Задержка стула и газов зарегистрирована в 33,3% наблюдений. При этом у всех пациентов эти симптомы не сопровождались болевым приступом.

Снижение или отсутствие аппетита выявлено в 11,1% наблюдений. Все пациенты с этими жалобами были ранее оперированы по поводу ранений желудка.

Постоянные боли в животе, тошнота, рвота выявлены в 5,5% наблюдений. При этом данные жалобы существенно не влияли на качество жизни оперированных пациентов. Боль в животе не носила интенсивный характер, локализовалась в околопупочной области. Тошнота и рвота выявлена у одного больного, оперированного по поводу ранения желудка, и может быть проявлением стеноза.

Таким образом, представленный анализ показывает, что у пациентов этой группы были выявлены разнообразные жалобы, основные из которых могут быть связаны с развитием спаечного процесса, как в брюшной, так и в грудной полости. С целью подтверждения этого предположения нами выполнены инструментальное обследование данных пациентов, включающее УЗИ, рентгенографию.

В результате проведенного инструментального обследования нами получены следующие результаты. При проведении рентгенографии органов грудной полости во всех наблюдениях послеоперационные плевро-лечные-дифрогмальные спайки. Из общего количества обследованных в 43,6% человек выявлен диффузный пневмосклероз и уплотнение корней легких, еще у 16,4% пациентов – поднятие купола диафрагмы на одно ребро и смещение верхушки сердца в IV межреберье, а так же облитерация левого синуса.

При проведении обзорной рентгенографии органов брюшной полости видимой патологии не обнаружено. При контрастировании желудочно-кишечного тракта взвесью бария и контроля пассажа выявлены следующие

изменения: деформация со сдавлением просвета в области выходного отдела желудка или двенадцатиперстной кишки, что вызывало стойкое нарушение эвакуации из желудка – 12% наблюдений. При контроле пассажа бария по тонкой кишке выявлена задержка в 68,7% наблюдений. Прямых признаков, определяющих форму, размеры, вид, локализацию спаек, при рентгеноконтрастных методах получено не было. Вместе с тем у 79,9% обследуемых были обнаружены косвенные признаки спаечного процесса брюшины, которые проявлялись деформацией кишечных петель, фиксацией их к брюшной стенке или послеоперационному рубцу, другим органам, конгломераты петель тонкой кишки с неравномерной скоростью эвакуации по ним контраста, сужение сегментов тонкой кишки, расширение и утолщение стенки кишки выше спаек, образование ложных дивертикулов в тонкой кишке за счет ее тракции спайками.

При изучении показателей КЖ у пациентов этой группы нами установлено, что отмечается снижение таких показателей КЖ, как общее состояние здоровья (GH), влияния физического функционирования (PF), показателя влияния физического состояния на ролевое функционирование (RP) и шкала, отражающая интенсивность боли и ее влияние на функционирование (BP). В тоже время не изменялись такие показатели КЖ как шкала ролевого эмоционального функционирования (RE), показателя шкалы социального функционирования (SF), шкалы жизнеспособности (VT) и шкалы психологического здоровья (MH).

Отдаленные результаты у пациентов с огнестрельными ранениями периферических сосудов проведено у 36 пациентов. Из общего количества пациентов были выполнены следующие виды операций: перевязка артерии и вены – 8 (22,2%), циркулярный шов на артерию – 7 (19,4%), аутовенозный протез на артерию – 7 (19,4%), резекция сегмента – 14 (38,8%). Группу сравнения составили 10 относительно здоровых добровольцев того же возраста и пола. Изучение отдаленных результатов проводилось с помощью

шкалы изменений по Rutherford et al., рекомендованная в качестве стандарта консенсусом российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (сентябрь 2001 года, Казань). Полученные результаты исследования по шкале Rutherford et. al. у пациентов после перевязки сосудов показали, что подавляющее большинство пациентов, которым были выполнены перевязки сосудов по поводу огнестрельных ранений – 7 (87,5%) не отмечают каких-либо изменений, только 1 (12,5%) обследованный отметил минимальное улучшение. В группе пациентов после циркулярного шва на артерию все пациенты не отметили изменений в своем состоянии. Те же результаты были получены у пациентов после аутовенозного протеза на артерию. В тоже время в группе пациентов после резекции сегмента зарегистрировано значительное ухудшение в своем состоянии.

При определении показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции у пациентов после перевязки сосудов все исследуемые показатели в не отличались от данных полученных в группе сравнения. Показатели периферической гемодинамики и микроциркуляции у пациентов после у пациентов после циркулярного шва на артерию также не отличались от нормальных полученных в группе сравнения. В группе пациентов после аутовенозного протеза на артерию выявлено, что наложение аутовенозного протеза не оказывает влияния на показатели периферической гемодинамики и микроциркуляции у оперированных пациентов в отдаленном послеоперационном периоде. В тоже время в группе пациентов после выполнения резекции сегмента отмечено значительное, статистически достоверное снижение всех показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции.

При изучении интегральных показателей КЖ установлено, что показатели КЖ, характеризующие как физический, так и психологический компоненты в группе пациентов после перевязки сосудов, после циркулярного шва на артерию, после аутовенозного протеза в отдаленном

послеоперационном периоде не отличались от показателей КЖ группы сравнения, состоящей из относительно здоровых людей.

В тоже время у пациентов после резекции сегмента сосуда по поводу огнестрельного ранения, в отдаленном послеоперационном периоде показатели КЖ изменяются не равномерно. Зарегистрировано статистически достоверное снижение показателей КЖ характеризующих физический компонент. Так происходит снижение таких показателей, как общего физического здоровья в 2,6 раза; физического функционирования в 3 раза, влияние физического состояния на ролевое функционирование в 3 раза, влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование в 2 раза по сравнению с данными группы сравнения. Однако показатели КЖ характеризующие психологический компонент не менялись и соответствовали данным, полученным в группе сравнения.

ВЫВОДЫ

1. Осложнения в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений живота, встречаются в 76,4%. После огнестрельных ранений груди – 77,2%. Выявленные осложнения можно разделить на гнойно-септические – 36,3% и связанные со спаечным процессом – 77,2%. При торакоабдоминальных ранений – 66,6%.
2. У пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений живота, отмечается снижение показателей характеризующих общее состояние здоровья (GH), физического функционирования (PF), физического состояния на ролевое функционирование (RP) и интенсивность боли и ее влияние на функционирование (BP) в 1,5 раза. В группе пациентов, оперированных по поводу ранений груди в отдаленном послеоперационном периоде, отмечается снижение таких показателей КЖ, как общее состояние здоровья (GH), влияния физического функционирования (PF), показателя влияния физического состояния на ролевое функционирование (RP) и шкала, отражающая интенсивность боли и ее влияние на функционирование (BP) в 2 раза. У пациентов после огнестрельных торакоабдоминальных ранений в отдаленном послеоперационном периоде показывает, что отмечается снижение таких показателей КЖ, как общее состояние здоровья (GH), влияния физического функционирования (PF), показателя влияния физического состояния на ролевое функционирование (RP) и шкала, отражающая интенсивность боли и ее влияние на функционирование (BP) в 1,5 раза по сравнению с группой сравнения.
3. перевязка сосудов, наложение циркулярного шва на артерию и аутовенозного протеза не оказывает отрицательного влияния на течение отдаленного послеоперационного периода и показатели периферической гемодинамики и микроциркуляции. Применение резекции сегмента сосуда приводит к снижению показателей периферической гемодинамики и

микроциркуляции гемодинамики: реографического индекса до 0,87; лодыжечно-плечевого индекса до 0,85 и фотоплетизмографического индекса до 33,1. Перевязка сосудов предплечья, наложение циркулярного шва на артерию при ранениях плечевой и бедренных артериях, аутовенозного протеза на плечевую и бедренную артерии в отдаленном послеоперационном периоде не снижает показатели КЖ. Резекция участка сосуда предплечья приводит к снижению показателя КЖ характеризующего физический компонент. Отмечается снижение показателей характеризующих общее состояние здоровья (GH), физического функционирования (PF), физического состояния на ролевое функционирование (RP) и влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Пациенты, оперированные по поводу огнестрельных ранений внутренних органов должны находиться на диспансерном учете у хирурга пожизненно с осмотром не реже 1 раза в 6 месяцев с целью своевременной диагностики грыжи передней брюшной стенки с целью профилактики осложнений.

2. С учетом отдаленных результатов лечения огнестрельных ранений сосудов, рекомендуем применять перевязку сосудов, наложение циркулярного шва на артерию, аутовенозного протеза.

3. Пациенты, после огнестрельных ранений сосудов должны осматриваться сосудистым хирургом не реже 1 раза в год для своевременного выявления возможных осложнений.

Приложение 1

Образец анкеты, заполняемой пациентами после операций на органах
брюшной полости по поводу их ранений

Уважаемый (ая) _____

В ____ году Вы были оперированы по поводу ранения брюшной полости. Просим Вас сообщить о состоянии своего здоровья, заполнив прилагаемую анкету.

Подчеркните, пожалуйста, нужное или впишите ответ.

1. ФИО _____
Возраст _____
2. Домашний адрес _____
3. Название операции _____
4. Были ли у Вас повторные операции на брюшной полости: да когда _____; сколько раз _____; нет.
 - а) По поводу гнойных осложнений: да; нет.
 - б) По поводу кишечной непроходимости
 - в) По поводу грыжи передней брюшной стенки
5. Были ли осложнения после повторных операций: да когда _____, какие _____; нет.
6. На что жалуетесь в настоящее время?
Имеются ли:
8. Схваткообразные боли в животе – да; нет. Если да, как часто _____
9. Постоянные боли в животе – да; нет.
10. Беспокоит ли Вас тошнота – да; нет.
11. Беспокоит ли Вас рвота – да; нет.
12. Задержка стула и газов – да, нет.
13. Жидкий стул – да, нет.
14. Снижение или отсутствие аппетита – да, нет.
15. Аллергические реакции – да, нет. Если да, на что, как часто, как проявляется.

Приложение 2

Образец анкеты, заполняемой пациентами после операций на органах
грудной клетки по поводу их ранений

Уважаемый (ая) _____

В ____ году Вы были оперированы по поводу ранения сердца. Просим Вас сообщить о состоянии своего здоровья, заполнив прилагаемую анкету.

Подчеркните, пожалуйста, нужное или впишите ответ.

7. ФИО _____

Возраст _____

8. Домашний адрес _____

9. Название операции _____

10. Были ли у Вас повторные операции на грудной полости: да когда _____; сколько раз _____; нет.

а) По поводу гнойных осложнений: да; нет.

11. Были ли осложнения после повторных операций: да когда _____, какие _____; нет.

12. На что жалуетесь в настоящее время?

Имеются ли:

8. Боли в области сердца без видимой причины – да; нет. Если да, как часто _____

9. Беспокоят ли Вас головные боли, головокружения – да; нет.

10. Беспокоят ли Вас одышка – да; нет.

11. Как Вы оцениваете свое самочувствие после операции:

лучше; хуже; без изменений.

Приложение 3

Образец анкеты, заполняемой пациентами после операций по поводу торакоабдоминальных ранений

Уважаемый (ая) _____

В ____ году Вы были оперированы по поводу ранения брюшной полости. Просим Вас сообщить о состоянии своего здоровья, заполнив прилагаемую анкету.

Подчеркните, пожалуйста, нужное или впишите ответ.

1. ФИО _____
Возраст _____
2. Домашний адрес _____
3. Название операции _____
4. Были ли у Вас повторные операции на брюшной полости: да когда _____; сколько раз _____; нет.
 - а) По поводу гнойных осложнений: да; нет.
 - б) По поводу кишечной непроходимости
 - в) По поводу грыжи передней брюшной стенки
5. Были ли осложнения после повторных операций: да когда _____, какие _____; нет.
6. На что жалуетесь в настоящее время?
Имеются ли:
 7. Боли в области сердца без видимой причины – да, нет.
 8. Головные боли, головокружения – да, нет.
 9. Одышка – да, нет.
 10. Схваткообразные боли в животе – да; нет. Если да, как часто _____
 11. Постоянные боли в животе – да; нет.
 12. Беспокоит ли Вас тошнота – да; нет.
 13. Беспокоит ли Вас рвота – да; нет.
 14. Задержка стула и газов – да, нет.
 15. Жидкий стул – да, нет.
 16. Снижение или отсутствие аппетита – да, нет.
 17. Аллергические реакции – да, нет. Если да, на что, как часто, как проявляется.

ОПРОСНИК SF-36

Ф.И.О. _____ Пол _____ Возраст _____

Дата заполнения _____

1. В целом Вы оценили состояния Вашего здоровья (обведите одну цифру)

- Отличное1
 Очень хорошее.....2
 Хорошее.....3
 Посредственное.....4
 Плохое.....5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад (обведите одну цифру).

- Значительно лучше, чем год назад.....1
 Несколько лучше, чем год назад.....2
 Примерно так же, как год назад.....3
 Несколько хуже, чем год назад.....4
 Гораздо хуже, чем год назад.....5

5. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкивались в течение обычного дня.

Ограничивали ли Вы состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, не ограничивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами	1	2	3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться одеться	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности	1	2
Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В. Выполнили свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

(обведите цифру)

- Совсем не мешало.....1
 Немного.....2
 Умеренно.....3
 Сильно.....4
 Очень сильно.....5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

(обведите цифру)

- Совсем не испытывал(а).....1
 Очень слабую.....2
 Умеренно.....3
 Сильно.....4
 Очень сильно.....5

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?

(обведите цифру)

- Совсем не мешала.....1

Немного.....	2
Умеренно.....	3
Сильно.....	4
Очень сильно.....	5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям (обведите цифру).

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким (ой) подавленным (ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным (ой), умиротворенным (ой)	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим (ой) духом и печальным (ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным (ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым (ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим (ой)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т.д.)?

(обведите цифру)

Все время.....1

Большую часть времени....2

Иногда.....3

Редко.....4

Ни разу.....5

11. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?

(обведите цифру)

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенн о неверно
А. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
Б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
В. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
Г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакина Н.Б. Первая помощь пострадавшим на производстве / Н.Б. Абакина // Информ.-аналит. бюл. по охране труда. – Тула, 2007. - №11. – С. 16-18.
2. Абакумов М.М. Классификация сочетанных ранений груди и живота / М.М. Абакумов, И. Б. Комаров // Вестн. хир. – 1985. - №9. – С. 76-80.
3. Абакумов М.М. Диагностика и лечение одновременных ранений груди и живота / М.М. Абакумов, А.Н. Смоляр, Т.Т. Ткешелашвили // Хирургия. 2005. - №1. – С. 4-8.
4. Абакумов М.М. Повреждения живота при сочетанной травме / М.М. Абакумов, Н.В. Лебедев, В.И. Малярчук // СПб., 2005. – 176 с.
5. Абакумов М.М., Актуальные вопросы хирургической тактики при сочетанных повреждениях груди и живота / М.М. Абакумов, А.Н. Погодина, И.Б. Комаров // Сочетанная травма груди (клиника, диагностика, лечения): Сб. науч. тр. НИИСП им. Склифосовского. – М., 2004. – С. 51-59.
6. Абакумов М.М., Хирургическая тактика при множественных и сочетанных ранениях груди / М.М. Абакумов, Т.Т. Ткетелашвили, А.К. Исфакхани // Второй конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. СПб., 1998. – С. 198-199.
7. Айбабин В.А. Значение локальной гипотермии при турникетной травме конечностей (экспериментальное исследование) / В.А. Айбабин: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск, 1967. – 16 с.
8. Алисов П.Г. / П.Г. Алисов, Г.Н. Цыбуляк Огнестрельные ранения живота. Вестн. хир. 2005. - №4 – 6. – С. 48-53.
9. Анисимов А.Ю. Хирургический алгоритм при травме печени / А.Ю. Анисимов, Ф.Ш. Галяутдинов, А.Ф. Галимзянов // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – Т. 8. - №2. – С. 129-130.

10. Антибиотики в хирургии / Сручков В.И., Григорян А.В., Недвецкая Л.М. и др. // М., 2003.
11. Аронов Д.М. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Д.М. Аронов, В.П. Зайцев // Кардиология. 2002. - № 5. – С. 92-95.
12. Банайтис С.И. Огнестрельные ранения и повреждения живота и органов брюшной полости / С.И. Банайтис // В кн.: Военно-полевая хирургия. Л., 1955.
13. Банатис С.И. Военно-полевая хирургия / С.И. Банайтис, А.Н. Беркутов // Л., 1955. – С. 115-117.
14. Барташевич Б.И. Кровоостанавливающий жгут – истины, которые не совсем истины (обзор литературы) / Б.И. Барташевич, И.Б. Карлова // Врач скорой помощи. 2010. - №3. - С. 62 - 70.
15. Бедин В.В. Современные подходы к хирургическому лечению травматических повреждений печени / В.В. Бедин, И.А. Радионов // Анналы хирургической гепатологии. 2007. – Т. 12. - №3. - С. 248-249.
16. Безносков А.И. Травмы печени мирного времени / А.И. Безносков // Анналы хирургической гепатологии. 2007. – Т. 12, №3. – С. 261-263.
17. Белевитин А.Б. Николай Иванович Пирогов и военная медицина / А.Б. Белевитин: акт. речь, посвящ. 212-й годовщине со дня основания ВМедА. СПб.: ВМА, 2010.-43 с.
18. Беркутов А.Н. Путь уменьшения летальности при лечении проникающих ранений живота / А.Н. Беркутов // Военно-медицинский журнал. 1987. - №2. – С. 24-28.
19. Бисенков Л.Н., Лечение проникающих ранений сердца / Л.Н. Бисенков, Н.А. Тынянкин // Вестн. хир. 1989 – Т. 144. - №8. – С. 68-71.
20. Богомоллов Б.Н. Оптимизация системы реаниматологической и анестезиологической помощи раненым и больным в Вооруженных Силах

Российской Федерации в мирное и военное время / Б.Н. Богомолов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - СПб., 1998. – 36 с.

21. Бойко В.В. Хирургическая тактика и лечение массивных повреждений печени при политравме / В.В. Бойко, Н.А. Криворучко, В.И. Щербаков // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2003. – Т. 8. - №2. – С. 131-132.

22. Брехов Е.И. Экспериментальное и клиническое изучение и перспективы применения плазменных потоков / Е.И. Брехов, Н.П. Козлов, В.Ю. Ребизов // *Хирургия*. 2009. - №8. – С. 94-96.

23. Брюсов П.Г. Прогнозирование в медицине катастроф / П.Г. Брюсов, Г.И. Назаренко, В.Н. Жижин // *Томск: Изд-во Томского ун-та*, 2005. – 239 с.

24. Брюсов П.Г. Огнестрельный перитонит / П.Г. Брюсов, А.К. Ревской, А.Н. Курицин // *Актуальные вопросы лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита: Сб. науч. тр. СПб., 1995. – С. 19-20.*

25. Брюсов П.Г. Проникающие ранения груди при боевой хирургической травме / П.Г. Брюсов // *Материалы гор. науч.-практ. конф. М., 2009. – С. 4-5.*

26. Булава Г.В. Состояние иммунной системы пострадавших с проникающими ранениями груди и живота, осложненными массивной кровопотерей / Г.В. Булава, М.М. Абакумов, В.Б. Хватов // *Хирургия*. 2004. - №4. – С. 49-54.

27. Быков В.П. Огнестрельное ранение груди и живота мирного времени / В.П. Быков // *Хирургия*. 2003. - №7. – С. 72-14.

28. Быков В.П. Оптимизация этапного лечения огнестрельных ранений груди и живота мирного времени у жителей северной провинции России / В.П. Быков // *Автореф. дис. ... д-ра мед. наук Архангельск*, 1998. – С. 30.

29. Васильев В.П. Качество и уровень жизни населения Российской Федерации / В.П. Васильев // М.: ЭКОС, 2007. - 117 с.
30. Васильченко Е.М. Оценка параметров качества жизни у пациентов с утратой конечности вследствие заболеваний сосудов / Е.М. Васильченко, Г.К. Золоев // Медицина в Кузбассе. – 2006. – Спец. выпуск №9. – С. 67.
31. Войновский Е.А. Диагностика и лечение огнестрельных ранений прямой кишки / Е.А. Войновский, В.М. Клипак // Воен. мед. журн. 1996. - №10. – С. 35-39.
32. Войновский Е.А. Специализированная медицинская помощь при боевой патологии / Е.А. Войновский, А.Е. Щекотихин // М. 2001. – С. 25-26.
33. Воробьев А.И. Трансфузионная терапия острого диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови / А.И. Воробьев, В.М. Городецкий // Новые технологии в клинической практики. М. 1999. – С. 94-97.
34. Выбор оперативного доступа при огнестрельных торакоабдоминальных ранения в условиях мирного времени / Багдасаров В.В., Басаров Д.А., Левин М.Ю., Казарова Е.Н. // Анналы хирургии. 2009. - №5. – С. 32 - 37.
35. Гаджиев Н.А. Организация лечения пострадавших с ранениями магистральных сосудов на этапах эвакуации / Н.А. Гаджиев, А.Н. Косенков // Хирургия. – 2003. - №6. – С. 22-27.
36. Гайбатов Р.С. Хирургическая тактика при повреждениях полых органов живота / Р.С. Гайбатов // Автореф. дис... канд. мед. наук. СПб., 1999. – С. 19.
37. Галимов О.В. Сочетанное ранение сердца, легкого и толстой кишки / О.В. Галимов, А.Н. Васильев // Клин. хир. 2002. - №4. – С. 66-67.
38. Гельфанд Б.Р. Абдоминальный сепсис: интегральная оценка тяжести состояния больных и полиорганной дисфункции / Б.Р. Гельфанд,

В.А. Гологорский, Б.Р. Гельфанд // Анестезиология и реаниматология. 2000. - №3. – С. 29-33.

39. Герасимов Г.Л. Опережающая интенсивная терапия при огнестрельных ранениях живота / Г.Л. Герасимов, Ю.С. Полушин, П.П. Терентьев // М. 2008. - №2. – С. 16-19.

40. Гирголов С.С. Огнестрельная рана/ С.С. Гирголов // Л: Воен.-мед академия 1956. - С. 330.

41. Глухов А.А. Применение видеолопароскопических методов при травме печени / А.А. Глухов, П.И. Кошелев, С.Н. Боев // Анналы хирургической гепатологии. 2007. – Т. 12., - №3. – С. 252.

42. Головкин К.П. Особенности оказания медицинской помощи раненым в районе боевых действий и пути ее совершенствования / К.П. Головкин: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2004. - 209 с.

43. Горский В.А. Окончательный гемостаз при вмешательствах на паренхиматозных органах / В.А. Горский, Б.К. Шуркалин, А.П. Фаллер // Анналы хирургической гепатологии. 2007. – Т. 12. - №3. - С. 12-17.

44. Гращенков Н.И. Огнестрельные ранения позвоночника и спинного мозга / Н.И. Гращенков // М., 2006. – 103 с.

45. Гринев М.В. Диагностика и тактика лечения ранений сердца и перикарда / М.В. Гринев, А.Л. Большаков // Вестн. хир. 2006. - №10. – С. 67-70.

46. Грудобрюшные ранения / Вагнер Е.А., Брунс В.А., Урман М.Г., Срыбных С.И. // Пермь, 1992.

47. Гуманенко Е.К. Огнестрельные ранения мирного времени // Е.К. Гуманенко // Вестн. хир. 1998. - №5. – С. 62-67.

48. Гуманенко Е.К. Сочетанные травмы с позиции объективной оценки тяжести травм / Е.К. Гуманенко // Автореф. дисс. докт. мед. наук. СПб., 1992. – 52 с.

49. Давыдов Ю.А. Лечение общего гнойного перитонита с синдромом полиорганной недостаточности / Ю.А. Давыдов, А.В. Волкова // Кострома, 2004. – 102 с.
50. Дежурный Л.И. Современные проблемы обучения правилам оказания первой помощи в России / Л.И. Дежурный, К.И. Лысенко, Д.И. Батурин // Социальные аспекты здоровья населения. 2009. – Т. 10. - № 2. – С. 13.1 - 13.6.
51. Дежурный Л.И., Роль оказания первой помощи пострадавшим в предотвращении преждевременной смертности в России / Л.И. Дежурный, К.И. Лысенко, Д.И. Батурин // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. – Т. 18, № 2. – С. 211-218.
52. Диагностика и хирургическая тактика при изолированной и сочетанной травме печени / А.Е. Борисов, К.Е. Куюачев, Н.Д. Мускудинов, М.С. Турдыев // Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – Т. 12. - №3. – С. 250.
53. Доклиническая оценка эффективности местных гемостатических препаратов (экспериментальное исследование) / Бояринцев В.В., Назаров В.Б., Фрончек Э.В. и др. // Медицина катастроф. 2010. - №3. – С. 24-26.
54. Дуданов И.П. Диагностика и лечение повреждений магистральных сосудов / И.П. Дуданов, Ю.А. Ижиков — Петрозаводск: изд-во Петрозаводск, ун-та, 2002. – 224 с.
55. Ермолов А.С. Травма печени / А.С. Ермолов, М.М. Абакумов, Е.С. Владимирова // М.: «Медицина», 2003. – 190 с.
56. Ермолов А.С. Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях мирного времени / А.С. Ермолов, М.М. Абакумов, А.Н. Погодина // Материалы науч.-практ. конф. - М., 2007. – С. 6-14.
57. Ерюхин И.А. Концентрация цитокиновой сети базисного метаболизма в обосновании принципа «диалога» при диагностике и лечении

тяжелой сочетанной травмы / И.А. Ерюхин // Клиническая Медицина и патофизиология. 2007. - № 1. – С. 7-12.

58. Ерюхин И.А. Эндотоксикоз в хирургической клинике / И.А. Ерюхин, Б.В. Шашков // СПб.: Loqos, 1995. – 304 с.

59. Ефименко Н.А. Лечение огнестрельных ранений вен в первом эшелоне специализированной хирургической помощи / Н.А. Ефименко, О.В. Пинчук, А.Н. Курицин // Хирургия. 2003. - №11. – С. 4-7.

60. Ефименко Н.А. Оказание хирургической помощи раненым с повреждениями сосудов конечностей / Н.А. Ефименко, Е.П. Кохан, Н.И. Галик // Ангиология и сосудистая хирургия. 2008. – Т. 14. - № 4. – С. 129-132.

61. Значение структурно-функциональных изменений форменных элементов крови при огнестрельных ранениях живота / Гокиели Г.В., Зурабашвили З.А., Азмайпарашвили Г.А. и др. // Мед. новости Грузии. 2008. - №9. – С. 43-44.

62. Зуев В.К. Успешное лечение тяжелораненого с огнестрельными повреждениями нижней полой вены / В.К. Зуев, Л.И. Капитонов, Э.З. Фидаров // Клиническая медицина и патофизиология. 2007. - №2. – С. 24-26.

63. Ибишов К.Г. Причины осложнений и летальности после боевых огнестрельных ранений внутренних органов / К.Г. Ибишов // Вестн. хир. 2000. - №1. – С. 38-40.

64. Ибишов К.Г. Чрездренажная закрытая ультразвуковая санация брюшной полости в профилактике и лечении инфекционных осложнений огнестрельных ранений живота / К.Г. Ибишов // Вестн. хир. 2009. - №2. – С. 40-42.

65. Истрадов В.Г. Современные методические подходы к диагностике и оценке тяжести хирургической сепсисе / В.Г. Истрадов, А.А. Жуков, В.Г. Руднева // Актуальные вопросы хирургии. Сб. науч. трудов института хирургии им. А.В. Вишневского. М., 1995. – С. 178-183.

66. Коваленко Р.А. Разработка и оценка эффективности местного гемостатического средства на основе синтетического цеолита для остановки массивных наружных кровотечений / Р.А. Коваленко: автореф. дис. . канд. мед. наук. СПб, 2010. – 22 с.
67. Коваль М. Феномен «no-reflow» ложка дегтя в бочке меда реваскуляризации / М. Коваль // *Medicine review*. 2008. - № 5 (05). – С. 32-36.
68. Козлов К.К. Аэрогемостаз при травме груди / К.К. Козлов, В.К. Косенок, О.К. Козлов // *Сб. науч. работ, посвящ. 100-летию отделенческой клинической больницы на ст. Омск*, 2006. – С. 75-78.
69. Колкин Я.Г. Ранение сердца и других жизненно важных органов / Я.Г. Колкин, В.В. Колесник, А.И. Терменжи // *Вестн. хир.* 2001. - №5-6. – С. 69-70.
70. Костюк Г.А. Пути улучшения лечения раненых в живот из огнестрельного оружия / Г.А. Костюк // *Вестн. хир.* 2008. - №1. – С. 44.
71. Костюк Г.А. Релапаротомии у раненных в живот огнестрельным оружием / Г.А. Костюк // Автореф. дис... д-ра мед. наук – СПб., 1998. – С. 31.
72. Лазарев С.М. Клинико-морфологическая характеристика повреждений, причиненных выстрелами из оружия нелетального действия / С.М. Лазарев, А.Р. Бабахян // *Вестн. хир.* – Т. 163. - №1. – 2004. – С. 62-64.
73. Левчук А.Л. Лечение огнестрельных торакоабдоминальных и сочетанных ранений груди и живота / А.Л. Левчук // *Новые технологии в неотложной хирургии и гинекологии: Сб. работ. СПб., 2009. – С.38-46.*
74. Левчук А.Л. Лечение огнестрельных торакоабдоминальных и сочетанных ранений груди и живота / А.Л. Левчук // *Сб. науч.-практ. работ (к 100-летию мед. службы пограничных войск).* – М., 2006. – Т. 1. – С. 75-77.
75. Левчук А.Л. Особенности декомпрессии желудочно-кишечного тракта при огнестрельных торакоабдоминальных и сочетанных ранениях груди и живота / А.Л. Левчук // *Сборник научно-практических работ: (к 100-летию мед. службы погранич. войск).* М., 2006. – С. 78-79.

76. Левчук А.Л. Реинфузия крови при огнестрельных ранениях груди и живота / А.Л. Левчук // Сборник научно-практических работ: (к 100-летию мед. службы погранич. войск). М., 1996. – С. 79-80.

77. Леменев В.Л. Временный гемостаз при ранениях магистральных сосудов различных локализаций / В.Л. Леменев, В.В. Иофик, Д.В. Жулин // Хирургия. – 2006. - №4. – С. 8-11.

78. Лисицын К.М. Огнестрельный перитонит / К.М. Лисицын, А.К. Ревской // Хирургия. 2008. - №3. – С. 56-60.

79. Литвиненко И.Л. Гемосорбция на модифицированных сорбентах при синдроме ишемии-реперфузии конечности (экспериментальное исследование) / И.Л. Литвиненко: дис. канд. ... мед. наук – Краснодар, 2004. – 116 с.

80. Лищенко И.Г. Релапаротомия вследствие хирургических ошибок при травмах живота / Лищенко И.Г., Ф.И. Панов // Хирургия. 1987. - №10. – С. 115-117.

81. Люфтинг А.А. Особенности изменения иммунного статуса при огнестрельном перитоните / А.А. Люфтинг // Актуальные вопросы лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита: Сб. науч. тр. СПб., 2005. – С. 98-100.

82. Макаров А.В. Особенности хирургического лечения хондрита и остеомиелита ребер и грудины / А.В. Макаров, В.Г. Гетьман, М.И. Багиров // Вестн. хир. 1990. – Т. 144. - №9. – С. 124-126.

83. Маргарян С.А. Хирургическая тактика при сочетанных огнестрельных ранениях конечностей с повреждением магистральных кровеносных сосудов / С.А. Маргарян: дис. канд. ... мед. наук – СПб., 2006. – 114 с.

84. Марцияш А.А. «Качество жизни» в практике клинициста / А.А. Марцияш // Медицина в Кузбассе. 2006. – Спец. выпуск №9. – С. 9.

85. Маслов В.И. Совершенствование методики временной остановки кровотечения из магистральных артерий конечностей / В.И. Маслов, М.Н. Незнамов, М.С. Громов // Альманах клинич. медицины. 2006. - №11. – С. 94-98.
86. Массивные кровотечения при травме и обширных резекциях печени / Журавлев В.А., Бахтин В.А., Русинов В.М., Яиченко В.А. // Анналы хирургической гепатологии. 2007. – Т. 12. - №3. – С. 245-246.
87. Матяшин И.М. Справочник хирургических операций / И.М. Матяшин, А.М. Глузман // Киев, 2009.
88. Механизмы огнестрельного перитонита / П.Г. Брюсов, А.К. Ревской, А.Н. Курицын, В.К. Шишлов // Первый Московский международный конгресс хирургов. – М., 1995. – С. 27-28.
89. Миняйло Н.Н. Проникающее сочетанное ранение груди и живота / Н.Н. Миняйло, И.А. Бергина // Клин. хир. 2003. - №6. – С. 69-70.
90. Молчанов В.И. Огнестрельные повреждения и их судебно-медицинская экспертиза / В.И. Молчанов, В.Л. Попов, К.Н. Калмыков // Руководство для врачей: Медицина, 1990. – С. 272.
91. Назаренко Г.И. Травматическая болезнь / Г.И. Назаренко // Травматология и ортопедия. Том 1. М.: «Медицина», 2007. С. 217-252.
92. Назаренко Г.И. Травматический шок / Г.И. Назаренко // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова. 1994. - №1. – С. 61-66.
93. Насртдинов З.М. Ранения крупных периферических сосудов и их последствия / З.М. Насртдинов, Р.С. Хайрутдинов, Ш.Ш. Малахов // Обществ, здоровье и здравоохранение. 2004. - №3/4. – С. 44-45.
94. Насыров И.Г. Лечение и реабилитация больного с сочетанной огнестрельной травмой живота / И.Г. Насыров // Здравоохр. Башкортостана: Спец. вып. 2000. - №1. – С. 96-98.
95. Незнамов М.Н. Модернизация временной остановки кровотечения при повреждении магистральных артерий (клинико-

экспериментальное исследование) / М.Н. Незнамов: автореф. дис. ... канд. мед. наук – Саратов, 2011. – 19 с.

96. Нестеренко Ю.А. Хирургическая тактика при травме печени / Ю.А. Нестеренко, С.В. Михайлов, В.А. Черняков // *Анналы хирургической гепатологии*. 2003. – Т. 8. - №2. – С. 153.

97. Нетрадиционные подходы к лечению огнестрельных ранений груди и живота: опыт 590 наблюдений / Ермолов А.С., Абакумов М.М., Погодина А.Н. и др. // *Второй конгресс Ассоциации хирургов им. Н.Н. Пирогова: Материалы*. – СПб., 1998. – С. 212-213.

98. Нечаев Э.А. Торакоабдоминальные ранения / Э.А. Нечаев, Л.Н. Бисенков // СПб., 2005.

99. Никитина О.В. Интенсивная терапия пострадавших с огнестрельными ранениями груди и живота в ранний послеоперационный период / О.В. Никитина, А.Г. Дорфман, В.И. Авфуков // *Вестник интенсивной терапии*. 1997. - №4. – С. 13-16.

100. Нихинсон Р.А. Релапаротомия (вопросы диагностики и тактики) / Р.А. Нихинсон, Г.Ю. Дубников // *Вестн. хир.* 2008. - №7. – С. 88-93.

101. Носов С.С. Сквозное огнестрельное ранение левого желудочка сердца / С.С. Носов, А.А. Макин // *Хирургия*. 1998. - №12. – С. 55.

102. Огнестрельные ранения живота и таза / Ревской А.К., Люфинг А.А., Войновский Е.А. и др. // М. 2000.

103. Огнестрельные, проникающие ранения груди: Хирургическая тактика, сроки и исходы лечения / Чепчерук Г. С., Шалаев С. А., Баринов В. С. и др. // *Воен.-мед. журн.* – 2002. №1. – С. 28-31.

104. Организация и совершенствование хирургической помощи в 40 армии (1979-1989) / Зубарев П.Н. Чернов Э.В., Косачев И.Д. и др. // *Военная медицина в локальных войнах и вооруженных конфликтах: материалы Всерос. науч. конф.* – СПб. : ВМедА, 2009. С. 13-19. Раны // *Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации* / под

ред. А.Г. Мирошниченко, В.В. Руксина. — 2-е изд. СПб.: Нев. диалект: БХВ-Петербург, 2004. — С. 76-80.

105. Особенности течения раневого процесса при использовании местных гемостатических средств на основе гранулированного цеолита / Бояринцев В.В., Самойлов А.С., Юдин А.Б., Коваленко Р.А. // Инфекции в хирургии. 2011. - №2 – С. 43-50.

106. Ошибки и осложнения при травме живота / Макаров В.И., Сотниченко Б.А., Горшеев А.Н., Хольченко Е.А. // Материалы конф. — Новосибирск, 1990. — С. 91-92.

107. Панов Ф.И. Релaparотомия при огнестрельных проникающих ранениях живота / Ф.И. Панов // Современные аспекты военной медицины: Юбил. науч. -практ. конф., посвящ. 240-лет основания Киев. воен. госпиталя: (Тез. докл.). Киев, 2005. — С. 96-97.

108. Патогенез синдрома взаимного отягощения при комбинированной травме / Атясов Н.И., Беляев А.Н., Козлов С.А. и др. // Тез. докл. VI съезда травматологов и ортопедов России. Нижний Новгород, 1997. — С. 58.

109. Патогенез эндотоксикоза при огнестрельном перитоните / Мамучишвили Н.К., Фролов Ю.И., Гончар-Зайкин А.П., Яковлев А.Я. // Воен. мед. журн. 2006. - №1. — С. 29-31.

110. Петровский Б.В. Хирургия диафрагмы / Б.В. Петровский, Н.Н. Каншин, Н.О. Николаев // Л., 2006.

111. Пичугин А.А. Возможности применения метода временного внутриполостного гемостаза при оказании догоспитальной медицинской помощи раненым в живот (клинико экспериментальное исследование) / А.А. Пичугин: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2010. — 154 с.

112. Плоховская Н.М. Использование медицинских технологий в оценке качества медицинской помощи населению / Н.М. Плоховская, Ю.Л.

Минаев // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». 2013. - №1. – С. 49-51.

113. Полушин Ю.С. Особенности интенсивной терапии при огнестрельных ранениях живота / Ю.С. Полушин, Г.Л. Герасимов, С.В. Гаврилов // Вестн. хир. 2004 – Том 163. - №1. – С. 78-81.

114. Попов В.А. Физиологические основы военно-полевой и неотложной хирургии / В.А. Попов // СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 304 с.

115. Попов В.Л. Судебно-медицинская баллистика / В.Л. Попов, В.Б. Шигеев, Л.Е. Кузнецов // СПб.: Гиппократ, 2002. – С. 656.

116. Послеоперационная интенсивная терапия / Шанин Ю.Н., Волков Н.П., Костюченко А.Л. и др. // Л., 1978. – 224 с.

117. Предупреждение и лечение гнойных осложнений после ранений груди / Колесников И.С., Лыткин М.И., Чепчерук Г.С. и др. // Воен.-мед. журн. – 2002. - №12. – С. 39-41.

118. Применение лейкоферона для профилактики гнойных осложнений у пострадавших с ранениями груди / Булава Г.В., Абакумов М.М., Друзенко О.А. и др. // Хирургия. 2009. - №7. – С. 35-39.

119. Применение современных технически средств лечения травмы печени / К.К. Козлов, В.Г. Шапкин, Р.К. Валибов и др. // Анналы хирургической гепатологии. 2003. – Т. 8. - №2. – С. 147.

120. Пронченко А.А. Клинико-экспериментальное обоснование хирургической тактики при ранениях кровеносных сосудов шеи : автореф. дис. ... канд. мед. наук - СПб., 2001. – 23 с.

121. Ранения и травмы магистральных сосудов конечностей // Военно-полевая хирургия : нац. рук. / под ред. И.Ю. Быкова, Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 690-709.

122. Ранения и травмы магистральных сосудов конечностей // Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов : рук. для

врачей / под. ред. Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалова. М: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 472-489.

123. Рева В.А. Обоснование системы временной остановки наружного кровотечения при ранениях магистральных сосудов конечностей на догоспитальном этапе / В.А. Рева: автореф. дис. ... канд. мед. наук, СПб, 2011

124. Ревской А.К. Перитонит при огнестрельном ранении живота / А.К. Ревкой, А.Н. Курицин, А.А. Люфлинг // Медицина катастроф. 1995. - № 3-4. – С. 76-79.

125. Ревской А.К. Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях живота / А.К. Ревкой, А.А. Люфлинг // Хирургия. 2008. - №10. – С. 15-19.

126. Регионарное кровообращение при огнестрельных ранениях голеностопного сустава и стопы / Катаргин Н.Г., Курдо С.А., Осипов Н.Г. и др. // Хирургия. 2003. №10. – С. 73-76.

127. Розанов В.Е. Лечебная тактика при торакоабдоминальных ранениях и повреждениях / В.Е. Розанов, Н.А. Ефимов, А.Л. Щелоков // Сборник научно-практических работ: (к 100-летию мед. службы погранич. войск). – М., 1996. – С. 95-96.

128. Розанов В.Е. Роль современных технологий гемостаза при травме печени / В.Е. Розанов, Н.А. Ефименко, А.А. Пальчиков // Анналы хирургической гепатологии. 2003. – Т. 8. - №2. – С. 155.

129. Роль среднелекулярных пептидов в патогенезе травматической болезни / Немченко Н.С., Белозерова Л.А., Ерюхин И.А. и др. // Вестн. хир. 2004. - №7-12. – С. 65-69.

130. Руднов В.А. Сепсис: современный взгляд на проблему / В.А. Руднов // Клиническая антимикробная химиотерапия. 2000. - Т. 2. - №1. – С. 2-7.

131. Рыбачков В.В. Эндогенная интоксикация при неотложных хирургических заболеваниях / В.В. Рыбачков // Дис. док. ... мед. наук. Ярославль, 1987. – 464 с.

132. Савельев В.С. Перспективы использования плазменного скальпеля в хирургической практике / В.С. Савельев, И.В. Ступин, В.С. Волкостов // Хирургия. 1986. - № 10. – С. 153-156.

133. Салахов З.А. Некоторые особенности диагностики и оказания квалифицированной хирургической помощи при огнестрельных ранениях живота в военно-полевом хирургическом госпитале / З.А. Салахов // Воен.-мед. журн. 2000. - №11. – С. 46.

134. Салахов З.А. Тактика хирурга при лечении ранений печени и гепатопанкреатодуоденальной зоны в условиях военно-полевого хирургического госпиталя / З.А. Салахов // Воен.-мед. журн. 2001. - №5. – С. 40.

135. Самохвалов И.М. Хирургическая тактика при сочетанных огнестрельных ранениях конечностей / И.М. Самохвалов, А.А. Завражнов, Е.А. Корнилов // Вестн. хирургии. 2006. – Т. 165. - №5. – С. 45-49.

136. Сахаров Г.Ю. Тканевая эмболия легочных артерий при огнестрельном ранении груди и живота / Г.Ю. Сахаров, В.Б. Шигеев // Судеб.-мед. экспертиза. 2007. - №3. – С. 43.

137. Сквозное огнестрельное ранение живота с множественными повреждениями внутренних органов / Хряков А.С., Есетов А.К., Разумов А.Н., Шубин Ю.В. // Хирургия. 1998. - №1. – С. 65-66.

138. Скобелкин О.К. Применение лазера в хирургии / О.К. Скобелкин, Е.И. Брехов, В.И. Корепанов // Хирургия. 1983. – С. 15-18.

139. Слепые непроникающие ранения груди и живота нестандартными ранящими снарядами / Петров С.В., Богданов А.С., Уточкин А.А., Чечурин Н.С. // Вестн. хир. 2004. – Том 163. - №1. – С. 60 – 61.

140. Соколович Г.Е. Неотложная хирургическая помощь при огнестрельных ранениях и закрытых травмах живота / Г.Е. Соколович, В.А. Бауэр, Э.З. Фидаров // Воен.-мед. журн. 2008. - №7. – С. 88.

141. Соловьев Г.М. Лечебная тактика при сочетанных торакоабдоминальных ранениях / Г.М. Соловьев, В.В. Багдасаров // Хирургия. 1998. - №9. – С. 19-20.

142. Сочетанные травмы груди и живота/ Шапот Ю.Б., Ремизов В.Б., Селезнев С.А. и др. // Кишинев, 2010.

143. Специализированная хирургическая помощь при огнестрельных ранениях груди и живота / Ермолов А.С., Абакумов М.М., Погодина А.Н., Владимирова Е.С. // Хирургия. 1998. - №10. – С. 7-11.

144. Стручков В.И. Гнойная рана / В.И. Стручков, А.В. Григорян, В.К. Гостищев // М., 1975.

145. Сычев М.Д. Реинфузия крови из брюшной полости при огнестрельном ранении с повреждением кишечника / М.Д. Сычев, А.В. Дубровский, И.Е. Дубовик // Воен.-мед. журн. 1999. - №9. – С. 55-56.

146. Тимербулатов В.М. Хирургия абдоминальных повреждений / В.М. Тимербулатов, Р.Р. Фаязов, А.Г. Хасанов // М., 2005.

147. Торакофренолапаротомия в лечении торакоабдоминальных ранений / Дышлок А.Н., Сурков В.Е., Пинелис Л.Г., Лифшиц Р.Е. // Сб. работ факультетской хир. клиники Челябинского мед. ин-та. – Челябинск, 2004. – С. 74-77.

148. Травматический шок как одна из клинических форм острого периода травматической болезни / Гуманенко Е.К., Немченко Н.С., Гончаров А.В. и др. // Вестн. хир. – 2004. - №6. – С. 52-54.

149. Тяжелая травма печени: двадцатипятилетний опыт хирургического лечения / А.С. Ермолов, М.М. Абакумов, Е.С. Владимирова и др. // Анналы хирургической гепатологии. 2007. – Т. 12. - №3. – С. 255.

150. Филатов А.П. Оказание медицинской помощи в боевых условиях / А.П. Филатов, Е.В. Сухова // Вестн. Самар. гос. эконом, ун-та. 2007. - №1 (27). – С. 181-191.

151. Флорикян А.К. Актуальные вопросы хирургии поврежденной груди / А.К. Флорикян // Междунар. мед. журн. 2008. - №3. – С. 77-80.

152. Хестанов А.К. Хирургическое лечение огнестрельных повреждений кишечника / А.К. Хестанов // Владикавказ, 2006.

153. Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях ободочной кишки / Тотиков В.З., Хестанов А.К., Дзгоев Х.В., Миндзаева Е.Г. // Хирургия. 2002. - №5. – С. 40-43.

154. Хирургическая тактика у больных с изолированными повреждениями печени / Лаптев В.В., Цкаев А.Ю., Черняков А.В., Шестаков Ю.Н. // Анналы хирургической гепатологии. 2007. – Т. 12. - №3. – С. 259-260.

155. Хрупкин В.И. Особенности лечения перитонита при сочетанных огнестрельных ранениях живота / В.И. Хрупкин, А.Л. Щелоков // Актуальные вопросы лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита: Сб. науч. тр. СПб., 1995. – С. 162-163.

156. Хрупкин В.И. Сочетанные огнестрельные ранения / В.И. Хрупкин // Актуальные проблемы военно-полевой хирургии и хирургии катастроф Тр. ВмедА. – Т. 239. СПб. – 1994. – С. 154-168.

157. Чадаев А.П. Современные методики местного медикаментозного лечения инфицированных ран / А.П. Чадаев, А.Д. Климиашвили // Хирургия. 2003. - №1. – С. 54-56.

158. Чепчерук Г.С. Релапаротомии после огнестрельных ранений живота / Г.С. Чепчерук // Актуальные проблемы практической медицины: Материалы науч.-практ. конф., посвящ. 15-летию госпиталя ГУВД Санкт-Петербурга и Ленингр. обл., 11 июля 2000 г. СПб., 2000.-С. 98-101.

159. Шабанов В.В. Огнестрельные торакоабдоминальные ранения мирного времени / В.В. Шабанов, В.И. Белоконев, А.В. Пырлик // Раневой

процесс в хирургии и военно-полевой хирургии: Межвуз. сб. науч. тр. — Саратов, 1996.-С. 126-129.

160. Шапошников Ю.Г. Повреждение живота / Ю.Г. Шапошников, Е.А. Решетников, Т.А. Михопулос // М: Медицина 2006. – С. 254.

161. Шифман Е.М. Инфузионная терапия пери операционного периода: что, кому и сколько? / Е.М. Шифман, А.Д. Тиканадзе // Петрозаводск: ИнтелТек, 2001. – 40 с.

162. Шнитко С.Н. Диагностика и лечения огнестрельных ранений груди / С.Н. Шнитко, С.А. Жидков // Метод, рекомендации. СПб., 1996.

163. Эндогенная интоксикация при повреждениях груди и живота / Чаленко В.В., Жилкина С.В., Раковщик Д.Г. и др. // Вестн. хир. 1991. - №5. – С. 85-90.

164. Яновский Г.В. Качество жизни у больных с заболеваниями системы кровообращения / Г.В. Яновский // Медицина и Качество жизни. 2005. - № 2. – С. 31.

165. A special report on the chitosan-based hemostatic dressing: experience in current combat operations / Wedmore I., McManus J.G., Pusateri A., Holcomb J.B. // J. Trauma. 2006. - Vol. 60. - №3. – P. 655-658.

166. Acute respiratory distress in adults / Ashbaug D.G., Bigelw D.B., Petty T.L., Levine B.E. // Lancet. 2007. – Vol. 2. - №7511. – P. 319- 323.

167. Adams D.B. Abdominal gunshot wounds in warfare: a historical review / D.B. Adams // Milit. Med. 2003. – Vol. 148. - №1. – P. 15-20.

168. Advanced hemostatic dressings are not superior to gauze for care under fire scenarios / Watters J.M., Van P.Y., Hamilton G.J., et al. // J. Trauma. 2011. – Vol. 70. - №6. – P. 1413-1419.

169. Allen R.L. Evolution of acute nonpenetrating cervical spinal cord injuries with CT-metrizamide myelography / R.L. Allen, P.L. Perot, S.K. Gudeman // Neurosurgery. 2005. – Vol. 63. – P. 510-520.

170. Anon A. The results of treatment of 750 patients wounded in Vietnam / A. Anon // *Milit. Medicine*. 2008. – Vol. 133. – P. 9-32.
171. Back M.R. Detection and evaluation of aerodigestive tract injuries caused by cervical and transmediastinal gunshot wounds / M.R. Back, F.J. Baumgartner, S.P. Klein // *Trauma*. 2007. – Vol. 20. – P. 680-686.
172. Bellamy R.F., The evolution of wound ballistics: a brief history / R.F. Bellamy, R. Zajtcuk // *Textbook of military medicine*. – Washington. – Part 1.- 2012. – V. 5. – P. 83-105.
173. Benzel E.C. / E.C. Benzel, T.A. Hadden, J.E. Colman // *Civilian gunshot wounds to the spinal cord and cauda equina* // *Neurosurgery*. 2007. – Vol. 20. – P. 281-285.
174. Blaisdell F.W. Cervicothoracic trauma. – New York., 1986. – 323 p.
Eisman B. Combat casualty management in Vietnam / F.W. Blaisdell, D.D. Trunkeny // *Trauma*. 2007. – Vol. 7. – P. 53-63.
175. Bock K.H. Traumatic disease / K.H. Bock // *Wehrmed. Mschr*. 2012. - №3. – S.116-121.
176. Cazanova M Hotair et coagulation for hemostasis / M. Cazanova, G. Uhlschinid // *J. Chir*. 2001. – V. 106. - №9. – P. 315-321.
177. Cerra F.B. Hypermetabolism, organ failure and metabolic support / F.B. Cerra // *Surgery*. 2007. – Vol. 101. - №1. – P. 1-14.
178. Chest injuries: a clinical and autopsy profile / Kulshrestha P., Iyer K.S., Das B. et al. // *J. Trauma* 2008. – Vol. 28. - №6. – P. 844-847.
179. Comparative study of functional recovery for surgically explored and conservatively managed spinal cord missile injuries / Aarabi B., Alibaii E., Taghipur M. et al. // *Neurosurgery*. 2006. – Vol. 39. - №6. – P. 1133-1140.
180. Coupland R.M. An experience of war surgery and wounds presenting after 3 days on the border of Afghanistan / R.M. Coupland, P.R. Howell // *Injury*. 2008. – P. 259-262.

181. Cue J.I. Packing and planned Reexplorftion for hepatic and retroperitoneal hemorrhage: critical refinements of a useful technique // J.I. Cue, H.G. Cryer, F.B. Miller // J. Trauma. 2010. – V. 30. – P. 1007.

182. Deitch E. Protein malnutrition predisposes to inflammatory induced gut - origin septic states / E. Deitch // Ann. Surg. 2009. – Vol. 5. – P. 560-568.

183. Effectiveness of self-applied tourniquets in human volunteers / Walters T.J., Wenke J.C., Kauvar D.S., et al. // Prehosp. emerg. care 2005. – Vol. 9. - №4 – P. 416-422.

184. Effects of sodium nitroprusside on ischemia-reperfusion injury / Yavuz C., Cakir O., Goz M., et al. // Eur. J. Gen. Med. 2010. – Vol. 7. - №1. – P. 76-80.

185. Eisman B. Combat casualty management in Vietnam / B. Eisman // Trauma. 2007. – Vol. 7. – P. 53-63.

186. Fabian T.S. Factors affecting morbidity following Hepatic Trauma / T.S. Fabian, M.A. Croce, G.G. Stanford // Ann. Surg. 2001. – P. 225-231.

187. Gielchinsky J., McNamara J.J. Cardiac wounds at a military evacuation hospital in Vietnam / J. Gielchinsky, J.J. McNamara // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2007. – Vol. 60. – P. 603-606.

188. Guidelines in the treatment of thoracic injuries / Austin C., Graham A., Akhtar A. et al. // 7th European congress of intensive care medicine: Abstracts.- Insbruck. 2004. – P. 559-655.

189. Hardaway R.M. Vietnam wound analysis / R.M. Hardaway // Trauma. 2008. – Vol. 18. – P. 635-643.

190. Is exploratory celiotomy necessary for all patients with truncal stab wounds? / Sirinek K.R., Page C.P., Root H.D. et al. // Arch Surg 2009. – Vol. 125. - №7. – P. 844-848.

191. Jacobson L.E. The use of absorbable mesh wrap in the management of major Liver injuries / L.E. Jacobson, O.C. Kirton, G.A. Gomes // Ann. Surg. 2012. – V. 111. – P. 445.

192. Kaufman H.H. Gunshot wounds to the spine / H.H. Kaufman, T.G. Pait // *Contemp. Neurosurgery*. 2003. – Vol. 15. – P. 1-6.
193. Krige J.E. Therapeutic perihepatic Packing in complex Liver Trauma / J.E. Krige, P.C. Borman, J. Terblanche // *Brit. J. Surg.* 2002. – V. 79. – P. 43.
194. Lichtmann M.W. The problems of contused lang / M.W. Lichtmann // *Trauma*. 2010. – Vol. 10. – P. 731-739.
195. Meyer H.J. Anwendung der Laser-Chirurgia an Parenchymatöser Organen / H.J. Meyer, K. Dinstill // *Chirurg*. 2008. – Bd. 59. - №2. – P. 68-74.
196. Milcham F.M. Survival determinants in patients undergoing emergency room thoracotomy for penetrating chest injury / F.M. Milcham, G.A. Gprindlinger // *Trauma*. 2003. – Vol. 34. – P. 332-336.
197. Millingos S. Experimental Remarks on management of trauma of liver, pancreas and bile ducts by fibrinogen / S. Milingos, S Pinis // 31 st congress of the international society of surgery. – Paris, 2005. – P. 631.
198. Namara M.C. Causes of death following combat injury in an evacuation hospital in Vietnam / M.C. Namara, F. Hohn, J. Shample // *Trauma*. 2012. – Vol. 12. – P. 1012-1014.
199. Pachter H.L. Experiense with the finger fracture technique to active intrahepatic Hemostasis in 75 patients with severe Injuries to the liver / H.L. Pachter, F.C. Spenser, S. R. Hofstetter // *Ann. Surg.* 2003. – V. 197. – P. 771.
200. Penetrating thoracoabdominal injuries: ongoing dilemma-which cavity and when? / Asensio J.A., Arroyo H., Veioz W. et al. // *Wld J Surg* 2002. - №26. – P. 539-543.
201. Rich N.M. Vitnam missile wounds evaluated in 750 patients / N.M. Rich // *Milit. Med.* 2006. – Vol. 153. – P. 22-29.
202. Rignault D. En quoi la chirugie de guerre est une discipline proper / D. Rignault, F. Dumeige // *Chirurgie*. 2010. – T. 107. - №8. – P. 644-649.
203. Rixen D., Siegel J.H., Friedman H.P. «Sepsis/SIRS,» physiologic classification, severity stratification, relation to cytokine elaboration

and outcome prediction in posttrauma critical illness / D. Rixen, J.H. Siegel, H.P. Friedman // *J. Trauma*. 2006. – Vol. 41. - №4. – P. 581-598.

204. Rixen D. Metabolic correlates of oxygen debt predict posttrauma early acute respiratory distress syndrome and the related cytokine response / D. Rixen, J.H. Zieqel // *J. Trauma*. 2010. – Vol. 49. - №3. – P. 392-403.

205. Role of videothoracoscopy in trauma / Lang-Lazdunski L., Mouroux L., Pons F. et al. // *Ann. Thorac. Surg*. 2007. – Vol. 63. – P. 327-393.

206. Rosenblatt M. Thoracic wounds in Israeli battle casualties during the 1982 evacuation of wounded from Ledanon / M. Rosenblatt // *Trauma*. 2005. – Vol. 25. – P. 350-356.

207. Saadia R. Management of combined penetrating cardiac and abdominal trauma / R. Saadia, E. Degiannis, R.D. // *Levy Injury* 2007. - Vol. 28. - №5-6. – P. 343-347.

208. Steven S.L. Totalmtsh wrapping for parenchimal liver injuries / S.L. Steven // *J. Trauma*. 2011. – 31. – P. 1103 - 1108.

209. Stone H. Use of pediclet Omentum ac an autogenous Pack for control of Hemorrhage in major Injuries of the Liver // H. Stone, J.M. Lamb // *Surg. Gynecol. Obstet*. 2005. – V. 141. – P. 92.

210. Swan K.G. The use V-16 rifle versus the Russian AK-47 rifle / K.G. Swan // *Ann. Surg*. 2003. – Vol. 49. – P. 472-477.

211. Temporary cavitation in Highvelocity pulmonari missile injury / Amoto J.J., Billy L.J., Gruber R.P. et al. // *Ann. Torac. Surg*. 2004. – Vol. 18. – P. 565-570.

212. Tourette G. Combat medecine in Afghanistan / G. Tourette // *Milit. Med*. 2009. – V. 155. - №5. – P. 231-232.

213. Walters T.J. Issues related to the use of tourniquets on the battlefield / T.J. Walters, R.L. Mabry // *Mil. Med*. 2005. - Vol. 170 - №9. – P. 770-775.

214. Widow W. Die konservative Behandlung von Empyemen nach Lungenresection / W. Widow // Thoraxchirurgie. 2009. – Bd 17. - №2. – S. 119-123.