



© Б.П.КУДРЯВЦЕВ, С.К.ЯХИХАЖИЕВ, 2009  
УДК 617.55-001.4-057.36-08

**Б.П.Кудрявцев, С.К.Яхихажиев** — Результаты лечения взрывных ранений живота в центральной районной больнице в условиях вооруженного конфликта.

В Гудермесской центральной районной больнице Чеченской Республики в 1994–2002 гг. была оказана хирургическая помощь 23 пострадавшим с взрывными ранениями живота, нанесенными различными поражающими факторами (механическими, термическими) взрывных устройств.

Из 19 взрослых раненых в состоянии шока III степени тяжести поступило 12 (11 – с сочетанными ранениями, 1 – с комбинированным термомеханическим), в состоянии шока II степени тяжести – 7 (5 – с сочетанными ранениями, 2 – с комбинированными термомеханическими). У 4 детей с сочетанными ранениями в 3 случаях диагностирована II степень тяжести шока, в 1 – I степень.

Кровопотеря средней степени тяжести отмечена в 12 случаях, в 5 – тяжелая, в 3 – крайне тяжелая, в 3 – легкая. Чаще всего средняя степень тяжести кровопотери отмечалась при сочетанных ранениях (11).

В 18 случаях ранения были сквозными, в 4 – слепыми. У 21 пострадавшего ранения оказались явно проникающими и не требовали дополнительных диагностических методов, кроме физикальных. В 2 случаях диагноз проникающего ранения установлен с помощью лапароскопии. У всех раненых была выполнена верхнесреднесрединная лапаротомия, операция заканчивалась дренированием брюшной полости, которое в 2 случаях (ранение мочевого пузыря) дополнялось дренированием паравезикального пространства. Интубация тонкой кишки из-за дефицита назоинтестинальных зондов выполнена только в 4 случаях.

Всего произведено 36 оперативных вмешательств. Чаще всего операции выполня-

лись по поводу внутрибрюшного кровотечения. Остановка кровотечения из ран печени проведена в 5 случаях, из кровоточащих сосудов брызжейки тонкой кишки – у 5 раненых, спленэктомия – у 4. В 1 случае обнаружено повреждение поджелудочной железы – поверхностная линейная рана длиной до 1,5 см в области тела железы, которая была ушита, а к месту ушивания подведен контрольный дренаж. Ушивание осколочных ран полых органов желудочно-кишечного тракта выполнено у 12 раненых (в 4 случаях – при ранении тонкой кишки, в 7 – толстой, в 1 – желудка). Резекция кишки выполнена в 5 случаях (2 – при ранении тонкой кишки, 3 – толстой). В 3 случаях резекции толстой кишки наложена колостома. Релапаротомия и санация брюшной полости выполнена в 4 случаях на 5-е сутки послеоперационного периода. Причиной релапаротомии было продолжающееся течение огнестрельного перитонита.

В послеоперационный период отмечено 7 случаев осложнений: продолжающийся перитонит – 2 (умерло 2), нагноение лапаротомной раны – 2, ДВС-синдром – 2 (умерло 2), пневмония – 1 (умер 1).

Приведенные данные показывают, что основными причинами летальных исходов в послеоперационный период у пострадавших с взрывными ранениями живота являются продолжающийся огнестрельный перитонит и ДВС-синдром, при которых неизбежно наступает полиорганная недостаточность. При этих осложнениях необходимы эффективная медикаментозная терапия и проведение детоксикации организма, что в условиях районной больницы не всегда возможно.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009  
УДК 340.6:355

**В.В.Колкутин, Д.С.Кадочников, Д.Г.Зигаленко, С.Г.Джуваляков, П.Г.Джуваляков, З.Р.Кантемирова** — Оценка условий трудового процесса судебно-медицинских экспертов (танатологов).

Оценка проведена согласно Р 2.2.2006-05 «Руководства по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса» для создания банка данных по условиям

труда судебно-медицинских экспертов (танатологов) и анализа связи изменений состояния здоровья работника с условиями его труда.