



© 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 потребовали дополнительных диагностических методов, кроме физикальных. В 2 случаях диагноз проникающего ранения установлен с помощью лапароцентеза. 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.



Интенсивность производственной нагрузки оценена по данным хронометража рабочего времени. В работе использованы статистические данные *Российского центра судебно-медицинской экспертизы* (РЦСМЭ) Минздравсоцразвития и собственные данные.

Согласно статистическим данным РЦСМЭ в среднем в России на одного эксперта-танатола в год приходится 216 судебно-медицинских исследований трупов (В.А.Клевно, 2006). При этом с учетом имеющегося в распоряжении эксперта рабочего времени, которое он способен потратить на производство экспертиз, судебно-медицинский эксперт может выполнить менее 50 судебно-медицинских экспертиз трупов различного уровня сложности в год (В.А.Попов, 2008). То есть средняя фактическая длительность рабочего дня значительно превышает у экспертов-танатола величину продолжительности ежедневной работы.

Судебно-медицинская экспертиза трупа — это сложный процесс, требующий значительного умственного и физического напряжения. Примерно за 2,5–4 ч вскрытия эксперт обязан воспроизвести в памяти, исследовать

и зафиксировать множество параметров, отражающих объективные факты состояния тканей и органов. Напряженность труда экспертов, оцененная с учетом фактических трудовых нагрузок, отнесена по Р 2.2.2006-05 к классу условий труда 3.3. Из 23 показателей напряженности труда у экспертов 12 могут быть отнесены к классу 3.2, тогда как для класса 3.3 достаточно 6. В соответствии с таблицей 2 Р 2.2.2006-05, экспертная деятельность сопряжена с воздействием факторов биологической природы — возбудителей инфекционных заболеваний (туберкулез, гепатиты В, С, ВИЧ-инфекция и др.), что требует ее отнесения по этому показателю также к классу условий труда 3.3.

Таким образом, труд эксперта-танатола характеризуется высокой напряженностью (класс 3.3) и высокой вероятностью воздействия инфекционных агентов (класс 3.3). Согласно Р 2.2.2006-05 при сочетании двух и более факторов класса 3.3 условия труда оцениваются на одну степень выше, что требует отнесения труда эксперта по общей гигиенической оценке условий труда к классу 3.4 уже по двум указанным показателям.

© С.В.ЗАХАРОВ, С.А.ТЕРЕХИН, 2009
УДК 616.133-089

С.В.Захаров, С.А.Терехин — Каротидное стентирование у пациентов высокого хирургического риска.

В период с 2007 г. выполнено 12 операций каротидного стентирования. Все пациенты по совокупности клинических данных относились к группе высокого хирургического риска, критериями которого были:

- ишемическая болезнь сердца (стабильная стенокардия с положительным стресстестом, острый коронарный синдром) или потребность в реваскуляризации миокарда;
- недостаточность кровообращения;
- заболевание легких с дыхательной недостаточностью;
- окклюзия контрлатеральной сонной артерии;
- предшествующая лучевая терапия или радикальная операция на шее;
- контрлатеральное повреждение нерва;
- рестеноз после каротидной эндартерэктомии;
- возраст более 75 лет.

Первичная диагностика поражения основывалась на ультразвуковом исследовании сонных артерий. В последующем выполнялась МСКТ ангиография на компьютерном томографе AQVILION 64 (Toshiba, Япония) с последующей трехмерной реконструкцией и выполнением необходимых расчетов. Адекватный метод лечения для каждого пациента

выбирался после коллегиального обсуждения, включая сосудистых хирургов, рентгенохирургов и кардиологов.

Перед операцией всем пациентам проводилась двойная антиагрегантная терапия, состоящая из аспирина (100 мг в сут) и клопидогреля (75 мг в сут). В большинстве случаев антитромботическая терапия начиналась не менее чем за 4 сут до оперативного вмешательства.

Каротидное стентирование выполнялось в рентгенооперационной, оборудованной ангиографическим комплексом AXIOM Artis FC (Siemens, Германия) с цифровой обработкой изображения, непрерывным электрокардиографическим контролем, неинвазивным измерением артериального давления. Во всех случаях использовался чрезбедренный артериальный доступ. Антикоагулянтная терапия включала болюсное внутривенное введение нефракционированного гепарина в дозе 10000 ЕД с последующим дополнительным введением гепарина до достижения активированного времени свертывания более 250 с. Неврологический статус пациента контролировался на каждом этапе операции. Использовались стенты Carotid Wallstent фирмы Boston Scientific (США) и устройства защи-