2016. Том 3. № 4
2016. Vol 3. № 4

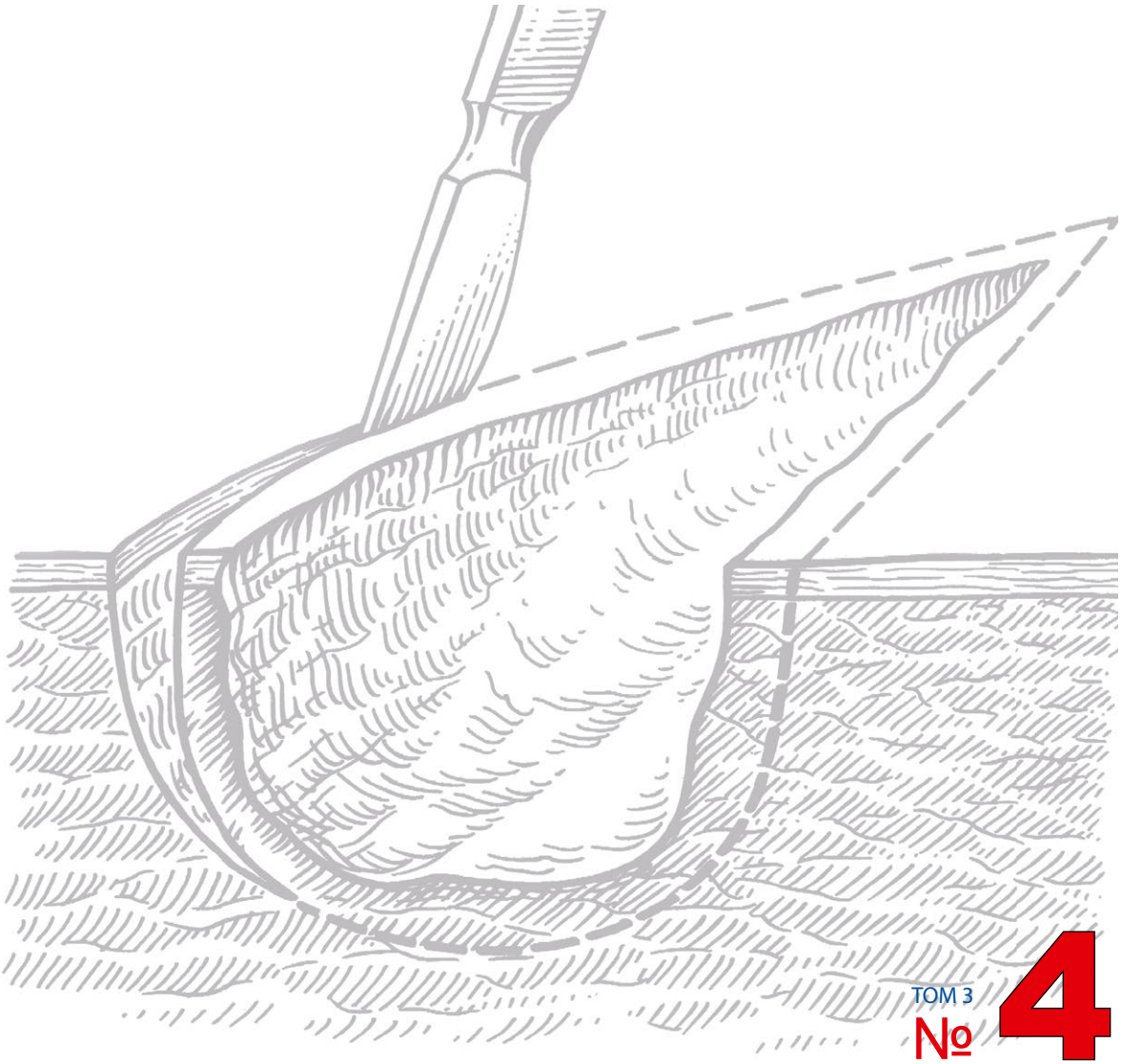
ISSN 2408-9613 (Print)
ISSN 2500-0594 (Online)

Журнал имени проф. Б.М. Костючёнка

РАНЫ И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ

WOUNDS and WOUND INFECTIONS

THE PROF. B.M. KOSTYUCHENOK JOURNAL



ТОМ 3
№ 4
2016

www.riri.su

Региональная общественная организация
«Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции»

115054, Москва, ул. Бахрушина, д. 23, стр. 1, тел. 8 (495) 514-5998

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас стать членами Региональной общественной организации «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции»! Весь перечень документов, необходимых для вступления в Общество, представлен на сайте: www.woundsurgery.ru. Мы принимаем документы как в электронном виде (ws@woundsurgery.ru), так и на проводимых нами мероприятиях (ищите стойку Общества рядом со стойкой регистрации).

Привилегии для членов Общества:

- *бесплатная подписка на ежеквартальное рецензируемое научно-практическое издание «Раны и раневые инфекции. Журнал имени профессора Б.М. Костючёнка»;*
- *регулярная рассылка информации обо всех проводимых Обществом научных и учебных мероприятиях (конгрессы, конференции, школы, семинары, круглые столы);*
- *рассылка Национальных клинических рекомендаций, публикуемых Обществом;*
- *участие во всех мероприятиях, проводимых Обществом, без уплаты регистрационных взносов.*

Президент РОО «Хирургическое общество –
Раны и раневые инфекции»,
Валерий Митиш

3-й Международный конгресс

«САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ»

14–16
ноября
2017 г.

Информация о конгрессе на сайтах
www.woundsurgery.ru,
www.общество-хирургов.рф

Москва

РАНЫ
И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ
ЖУРНАЛ ИМ. ПРОФ. Б. М. КОСТЮЧЁНКА

С 2014 г. журнал включен в Научную электронную библиотеку и Российский индекс научного цитирования (РИНЦ), имеет импакт-фактор

С 2015 г. журнал зарегистрирован в CrossRef, статьи индексируются с помощью цифрового идентификатора DOI

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

www.riri.su

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ
Л. М. Рошаль

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
В. А. Митиш

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА
Ю. С. Пасхалова

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ
П. В. Мединский

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
Н. В. Белобородова, *д. м. н., проф. (Москва)*
Л. А. Блатун, *к. м. н., доцент (Москва)*
Л. И. Будкевич, *д. м. н., проф. (Москва)*
В. К. Гостищев, *академик РАН, д. м. н., проф. (Москва)*
В. Н. Дан, *д. м. н., проф. (Москва)*
В. Э. Дубров, *д. м. н., проф. (Москва)*
И. А. Ерошкин, *д. м. н. (Москва)*
А. А. Завражнов, *д. м. н., проф. (Сочи)*
А. А. Звягин, *д. м. н., проф. (Москва)*
А. Е. Зотиков, *д. м. н., проф. (Москва)*
О. В. Карасева, *д. м. н. (Москва)*
В. А. Кубышкин, *академик РАН, д. м. н., проф. (Москва)*
Я. Г. Мойсюк, *д. м. н., проф. (Москва)*
В. А. Попов, *д. м. н., проф. (Москва)*
А. Ю. Разумовский, *д. м. н., проф. (Москва)*
И. В. Решетов, *член-корр. РАН, д. м. н., проф. (Москва)*
О. О. Саруханян, *д. м. н. (Москва)*
С. Л. Соков, *д. м. н., проф. (Москва)*
С. В. Сокологорский, *д. м. н., проф. (Москва)*
А. Ю. Токмакова, *д. м. н. (Москва)*
А. В. Чжао, *д. м. н., проф. (Москва)*
А. М. Шулутко, *д. м. н., проф. (Москва)*
П. К. Яблонский, *д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
А. Ж. Баялиева, *д. м. н. (Казань)*
И. М. Буриев, *д. м. н., проф. (Москва)*
Е. А. Бурцева, *д. м. н. (Москва)*
С. А. Валиуллина, *д. м. н. (Москва)*
А. Б. Ларичев, *д. м. н., проф. (Ярославль)*
В. О. Цветков, *д. м. н. (Москва)*

ЗАРУБЕЖНЫЕ РЕДАКТОРЫ
И. М. Балика, *д. м. н., проф. (Молдавия)*
Ю. В. Кузьмин, *д. м. н., проф. (Белоруссия)*
Н. Вольфсон, *MD, FRCSC, FACS (США)*
С. В. Лохвицкий, *д. м. н., проф. (Казахстан)*
У. А. Фасенко, *д. м. н., проф. (Украина)*

ТОМ 3 № 4 2016

ОСНОВАН В 2014 Г.

Учредитель:
Региональная общественная организация «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции»

www.woundsurgery.ru

Адрес редакции:
115054, Москва, ул. Бахрушина, д. 23, стр. 1

Статьи направлять по адресу:
e-mail: ws@woundsurgery.ru

Служба подписки и распространения
ws@woundsurgery.ru

Редактор **Д. В. Наумова**
Корректор **Е. В. Кривоносикова**
Дизайн **Ю. И. Тузуева**
Верстка **Ю. И. Тузуева**

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
ПИ № ФС77-44423 от 31.01.2014.

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на журнал «Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка» обязательна.

Редакция не несет ответственности за содержание публикуемых рекламных материалов.

В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции.

ISSN 2408-9613 (Print)
ISSN 2500-0594 (Online)

Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка 2016. Том 3. № 4. 1—78

Отпечатано в типографии ООО «Тверская фабрика печати»

Тираж 5000 экз.

WOUNDS AND WOUND INFECTIONS

THE PROF. B. M. KOSTYUCHENOK JOURNAL

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО • РАНЫ И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ

In 2014, the journal was included in the Research Electronic Library and the Russian Science Citation Index (RSCI) and has an impact factor

In 2015, the journal has been registered with CrossRef; its papers are indexed with the digital object identifier (DOI)

QUARTERLY PEER-REVIEWED SCIENTIFIC-AND-PRACTICAL JOURNAL

www.riri.su

CHAIRMAN OF THE EDITORIAL BOARD
L. M. Roshal

EDITOR-IN-CHIEF
V. A. Mitish

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF
Yu. S. Paskhalova

EXECUTIVE EDITOR
P. V. Medinskiy

EDITORIAL BOARD
N. V. Beloborodova, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
L. A. Blatun, *MD, CMSci (Moscow)*
L. I. Budkevich, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
V. K. Gostishchev, *MD, DMSci, Prof., RASci Akad. (Moscow)*
V. N. Dan, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
V. E. Dubrov, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
I. A. Yeroshkin, *MD, DMSci (Moscow)*
A. A. Zavrazhnov, *MD, DMSci, Prof. (Sochi)*
A. A. Zvyagin, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
A. Ye. Zotikov, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
O. V. Karaseva, *MD, DMSci (Moscow)*
V. A. Kubyshkin, *MD, DMSci, Prof., RASci Akad. (Moscow)*
Ya. G. Moysyuk, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
V. A. Popov, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
A. Yu. Razumovskiy, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
I. V. Reshetov, *MD, DMSci, Prof., RASci Corr. Mem. (Moscow)*
O. O. Sarukhanyan, *MD, DMSci (Moscow)*
S. L. Sokov, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
S. V. Sokologorskiy, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
A. Yu. Tokmakova, *MD, DMSci (Moscow)*
A. V. Tschzhao, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
A. M. Shulutko, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
P. K. Yablonskiy, *MD, DMSci, Prof. (Saint-Petersburg)*

EDITORIAL COUNCIL
A. Zh. Bayalieva, *MD, DMSci (Kazan)*
I. M. Buriev, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
Ye. A. Burtseva, *MD, DMSci (Moscow)*
S. A. Valiullina, *MD, DMSci (Moscow)*
A. B. Larichev, *MD, DMSci, Prof. (Yaroslavl)*
V. O. Tsvetkov, *MD, DMSci (Moscow)*

FOREIGN EDITORS
I. M. Balika, *MD, Associate Professor (Republic of Moldova)*
N. Wolfson, *MD, FRCSC, FACS (USA)*
Yu. V. Kuz'min, *MD, DMSci, Prof. (Republic of Belarus)*
S. V. Lokhvitskiy, *MD, DMSci, Prof. (Republic of Kazakhstan)*
U. A. Fasenko, *MD, DMSci, Prof. (Ukraine)*

VOL. 3 № 4 2016

FOUNDED IN 2014

Founder: Regional Public Organization "Surgical Society – Wounds and Wound Infections"

www.woundsurgery.ru

Editorial Office: 23 Bakhrushina, Build. 1, Moscow, 115054

Articles should be sent to e-mail: ws@woundsurgery.ru

Editor **D. V. Naumova**
Proofreader **E. V. Krivonosikova**
Designer **Ju. I. Tuzueva**
Maker-up **Ju. I. Tuzueva**

Subscription & Distribution Service: **ws@woundsurgery.ru**

The journal was registered at the Federal Service for Surveillance of Communications, Information Technologies, and Mass Media (ПИ No. ФС77-44423 dated 31 January 2014).

If materials are reprinted in whole or in part, reference must necessarily be made to the journal "Rany i Ranevye Infektsii. The Prof. B. M. Kostyuchyonok Journal".

The editorial board is not responsible for advertising content.

The authors' point of view given in the articles may not coincide with the opinion of the editorial board.

ISSN 2408-9613 (Print)
ISSN 2500-0594 (Online)

Rany i Ranevye Infektsii. The Prof. B. M. Kostyuchyonok Journal. 2016. Volume 3. No 4. 1—78

Printed at the Tver factory print LLC

5,000 copies

СОДЕРЖАНИЕ

ПОСТ-РЕЛИЗ

Ю. С. Пасхалова
3-й Международный конгресс «Раны и раневые инфекции», посвященный 100-летию со дня рождения академика М. И. Кузина 6

ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИИ, ИСТОРИЯ РАН И РАНЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ

С. П. Глянцев
«Очерки гнойной хирургии» Святителя Луки (Войно-Ясенецкого): судьба книги-легенды в зеркале столетий (к 140-летию со дня рождения В. Ф. Войно-Ясенецкого) 10

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

В. А. Додай, Д. Л. Борисов, Ж. И. Терюшкова
Опыт применения вакуумной терапии в лечении наружных несформированных кишечных свищей 24

В. А. Митиш, Р. Т. Налбандян, О. С. Исхаков, С. В. Сидоров, Д. Ю. Басаргин, В. Г. Багаев, М. И. Коваленко, П. В. Мединский, С. Л. Соков
Особенности оказания специализированной хирургической помощи пострадавшим при землетрясении в Непале 34

М. И. Коваленко, В. Г. Багаев, В. А. Митиш, О. С. Исхаков, Д. Ю. Басаргин, С. В. Сидоров, Р. Т. Налбандян
Ретроспективный анализ анестезиологического обеспечения пострадавшим при землетрясении в Непале 50

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

А. М. Шулутко, Э. Г. Османов, И. В. Новикова, Н. Е. Камха, Н. В. Драгунова, Т. Р. Гогохия, А. Д. Мачарадзе
Опыт успешного применения плазменных потоков при лечении обширной постинъекционной флегмоны у больной наркоманией 58

КОНГРЕССЫ, КОНФЕРЕНЦИИ, СИМПОЗИУМЫ

3-й Международный конгресс «Сахарный диабет и хирургические инфекции» 64

Анонс научных мероприятий РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции» на 2017–2020 гг 66

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ 68

CONTENTS

POST-RELEASE

Ju. S. Pashalova
3rd International Congress "Wounds and wound infections" devoted to the 100 anniversary from the birthday of academician M. I. Kuzina 6

REVIEWS, LECTURES, HISTORY OF WOUNDS AND WOUND INFECTIONS

S. P. Glyanzev
"Sketches of purulent surgery" of St. Luka (Vojno-Jaseneckij): a legend book's destiny in the mirror of centuries (by the 140th anniversary of Vojno-Jaseneckij's birth) 10

ORIGINAL REPORTS

V. A. Doday, D. L. Borisov, Z. I. Terushkova
Experience in vacuum therapy of incomplete intestinal fistula treatment 24

V. A. Mitish, R. T. Nalbandian, O. S. Iskhakov, S. V. Sidirov, D. U. Basargin, V. G. Bagaev, M. I. Kovalenko, P. V. Medinskiy, S. L. Sokov
Specifics of rescuing specialized surgical operation for earthquake-stricken in Nepal 34

M. I. Kovalenko, V. G. Bagaev, V. A. Mitish, O. S. Ishakov, D. Y. Basargin, S. V. Sidorov, R. T. Nalbandyan
Retrospective analysis of anesthesia service for earthquake-stricken in Nepal 50

CASE REPORTS

A.M. Shulutko, E.G. Osmanov, I.V. Novikova, N.E. Kamha, N.V. Dragunova, T.R. Gogohiya, A.D. Macharadze
Experience of successful plasma flows practice in treatment of extensive phlegmon after injections at a patient with drug dependence 58

CONGRESSES, CONFERENCES, SYMPOSIA

The 3rd International Congress "Diabetes mellitus and surgical infections" 64

Announcement of science events of the Regional Public Organization "Surgical Society – Wounds and Wound Infections" in 2017–2020 66

INFORMATION FOR AUTHORS 68

Пост-релиз

3-й Международный конгресс «Раны и раневые инфекции», посвященный 100-летию со дня рождения академика М. И. Кузина

Москва, 21-24 ноября 2016 г.

Ю. С. Пасхалова
ФГБУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава РФ, 117997, Москва, ул. Бол. Серпуховская, д. 27;
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства образования РФ, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8

Контакты: *Юлия Сергеевна Пасхалова, 9057176757@mail.ru*

С 21 по 24 ноября 2016 года в Москве состоялся 3-й Международный конгресс «Раны и раневые инфекции», посвященный 100-летию со дня рождения академика М. И. Кузина[1], в рамках которого была проведена конференция «Проблемы анестезии и интенсивной терапии раневых инфекций». Организаторами конгресса выступили РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции», ФГБУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ, департамент здравоохранения города Москвы, ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России, ООО «Российское общество хирургов», Международный благотворительный фонд помощи детям при катастрофах и войнах, Благотворительный фонд содействия в оказании медико-социальной и реабилитационной помощи детям с тяжелой травмой и ее последствиями (Фонд детского доктора Рошаля).

Институт хирургии им. А. В. Вишневского собрал в этом году в своих стенах 966 делегатов из 16 регионов России, а также из Белоруссии, Армении, Голландии, США и Словении, чтобы почтить память величайшего хирурга и ученого XX века академика М. И. Кузина (с 1976 по 1988 год занимал пост директора Института хирургии им. А. В. Вишневского). Мероприятие открыли директор ФГБУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, академик РАН, профессор Амиран Шотаевич Ревишвили; президент Национальной медицинской палаты, президент ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ, профессор Леонид Михайлович Рошаль; заведующий кафедрой общей хирургии

Рис.1. *Открытие конгресса (слева направо В. А. Митиш, Л. М. Рошаль, А. Ш. Ревишвили, В. К. Гостищев)*

[1]Подробный отчет о 3-ем Международном конгрессе «Раны и раневые инфекции» на сайте www.woundsurgery.ru

Рис. 2. *Возложение цветов к памятной доске М. И. Кузина*

ФГБУ «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, академик РАН, профессор Виктор Кузьмич Гостищев; президент РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции», руководитель центра ран и раневых инфекций ФГБУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, директор ГБУЗ «НИИ Неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ Валерий Афанасьевич Митиш (рис. 1).

Конгресс начался с конференции, посвященной 100-летию со дня рождения академика М. И. Кузина. Мероприятие прошло очень тепло и эмоционально, можно сказать, это был настоящий праздник для семьи М. И. Кузина (на конференции присутствовали жена, невестка и внучка академика) и собравшихся в зале участников, а не формальная «историческая открытка» крупного научно-практического форума. Затем прозвучали пленарные доклады А. Ш. Ревишвили, П. В. Глыбочко, А. В. Егорова, С. П. Глянцева и Л. А. Блатуна. Они осветили различные стороны научной, хирургической, образовательной и общественной деятельности академика, подчеркнули поразительную актуальность его идей для наших дней и фантастическую прозорливость, которая находит продолжение в практической работе центра ран и раневых инфекций, ожогового центра Института хирургии им. А. В. Вишневского и многих других современных образовательных и лечебных учреждений. Безусловно, такое по-настоящему искреннее отношение к истории и прошлому Института хирургии им. А. В. Вишневского имеет колоссальное назидательное и патриотическое значение, направленное не только на обогащение знаниями, но и на мотивацию молодого поколения хирургов, так как подчеркивает роль и вклад отечественных ученых в советскую, российскую и мировую медицину.

К юбилею академика был выпущен фотоальбом-биография, посвященная жизненному и творческому пути М. И. Кузина. Директор Института хирургии им. А. В. Вишневского А. Ш. Ревишвили преподнес альбом в подарок супруге Михаила Ильича Галине Петровне. Конференция продолжалась более 3 часов без перерыва и завершилась возложением цветов к памятной доске у стен центрального входа в Институт хирургии им. А. В. Вишневского (рис. 2). Организаторы конференции, родственники и собравшиеся участники отметили важность мероприятия, которое, с одной стороны, подчеркнуло связь времен в истории медицины, а с другой – стало флагманом, настроившим на серьезную работу и ясный взгляд в будущее хирургии в ходе конгресса в течение последовавших 4 дней.

Первые 2 дня работы были посвящены проблеме лечения обширных ран и дефектов тканей конечностей у детей и взрослых[2]. В течение 3 заседаний 21

[2]Проблема выбрана неслучайно, так как в 1954 году М. И. Кузин защитил докторскую диссертацию по теме «Клиника, патогенез и лечение синдрома длительного раздавливания»

ноября и 4 заседаний 22 ноября обсуждались самые актуальные вопросы организации и оказания качественной современной специализированной помощи пострадавшим детям и взрослым как в условиях чрезвычайных ситуаций и вооруженных конфликтов, так и в мирное время. Военные и гражданские, детские и взрослые хирурги делились своими знаниями и опытом, докладывали об успехах комплексного лечения данного контингента больных, достигнутых за последние десятилетия, подчеркивали, что все они были бы невозможны без разработанного в 80-х годах XX века и опубликованного в монографии «Раны и раневые инфекции» (1981, 1990 под редакцией М. И. Кузина, Б. М. Костючёнка) принципа активного хирургического лечения гнойных ран.

В настоящее время по всему миру ежегодно проходит огромное количество региональных и международных научных форумов. Как правило, все они посвящены достаточно узкоспециализированным темам и собирают изолированно либо травматологов-ортопедов, либо общих хирургов, либо пластических хирургов. Военно-медицинские конгрессы и конференции проходят отдельно и их редко удается посетить гражданским специалистам. В связи с этим, одной из главных задач организаторы конгресса «Раны и раневые инфекции» считают объединение в рамках данного мероприятия специалистов не только разных профессий, но и сфер деятельности для обогащения дисциплины в медицинском, организационном и научном планах. Такие мультидисциплинарные мероприятия в какой-то степени являются данью уважения к нашему прошлому[3], а с другой – действительно позволяют всесторонне развивать хирургию, гибко подстраиваться под современные реалии, стремительно внедрять новые стратегии и методы лечения, которые могли быть первично разработаны для решения совершенно других задач.

Заседания получились очень насыщенными, собравшиеся активно обсуждали вопросы и особенности тактики лечения скелетной травмы, размозжения мягких тканей, отрыва конечностей.

Рис. 3. *Выставка медицинского оборудования, лекарственных и перевязочных средств*

[3]Например, вспоминается опыт Всесоюзных конференций по хирургии

Рис. 4. *Закрытие конгресса*

Были предложены алгоритмы организации помощи раненым и пострадавшим, современные способы выполнения первичной хирургической обработки, местного лечения, иммобилизации поврежденного сегмента и т.д. В рамках конгресса прозвучали доклады о современных способах объективизации и контроля за течением раневого процесса и эффективности компьютерного мониторинга его динамики. Темами 2-х заседаний стали методы пластического закрытия обширных ран у детей и взрослых, где обсуждались как способы с использованием местных тканей и дозированного тканевого растяжения, так и микрохирургические техники перемещения комплексов тканей в зону дефекта. Докладчики не обошли вниманием и современные дополнительные физические методы лечения обширных ран: вакуумную терапию, гидрохирургию, ультразвуковую кавитацию – все они активно применяются как во взрослой, так и в детской общей и гнойной хирургии, травматологии, комбустиологии.

На третий день работы конгресса прошла научно-практическая конференция «Анестезия и интенсивная терапия при раневой инфекции». Это, уже ставшее традиционным, мероприятие позволяет хирургам окунуться в проблемы анестезиологии и реаниматологии, а специалистам области – обсудить основные вопросы, касающиеся особенностей, связанных с раневой инфекцией и сепсисом при тяжелой сочетанной травме у детей и взрослых. Интереснейшая дискуссия развернулась по вопросу выбора метода анестезии и роли регионарных методов обезболивания в гнойной хирургии. Свидетельством практического перехода клинической медицины, в частности реаниматологии при тяжелом сепсисе, на молекулярно-клеточный уровень служили, к примеру, доклады профессора С. В. Сокологорского «Гликокаликс. Новая клиническая парадигма?», профессора Н. В. Белобородовой «Роль ароматических микробных метаболитов при сепсисе», профессора М. Б. Ярустовского «Методы молекулярной трансфузиологии в интенсивной терапии критических состояний». Заседания получились очень эмоциональными и привлекли большое внимание не только анестезиологов-реаниматологов, но и хирургов, которые активно участвовали в дискуссии, задавали вопросы докладчикам и членам президиума.

В заключительный, четвертый, день был проведен международный симпозиум «Диабетическая стопа – хирургия, ортопедия, реабилитация». В рамках симпозиума специалисты обсудили вопросы биомеханики стопы и выбора терапевтической обуви при различных видах деформаций, после подологических операций, а также наиболее актуальные проблемы, требующие хирургической коррекции при синдроме диабетической стопы, современный взгляд на высокие ампутации нижних конечностей и последующее протезирование. Кроме того, профессор И. В. Гурьева представила «Международное руководство по диабетической стопе», подготовленное международной рабочей группой по диабетической стопе[4].

Конгресс сопровождала выставка медицинского оборудования, современных лекарственных препаратов и перевязочных средств (рис. 3). Приятно радует, что с каждым годом в выставке принимает участие все больше отечественных производителей.

По мнению организаторов и участников, конгресс прошел на высоком научном уровне и одновременно в теплой дружеской атмосфере, а прозвучавшая в докладах информация будет очень полезна как в повседневной практической деятельности, так и в долгосрочной перспективе для решения научных и организационных проблем (рис. 4).

[4]С сокращенным вариантом данного документа можно ознакомиться в №2/2016 журнала «Раны и раневые инфекции»

«Очерки гнойной хирургии» Святителя Луки (Войно-Ясенецкого): судьба книги-легенды в зеркале столетий (к 140-летию со дня рождения В. Ф. Войно-Ясенецкого)[1]

С. П. Глянцев
ФГБУ «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева» Минздрава России; Россия, 121552, Москва, Рублевское шоссе, 135

Контакты: *Сергей Павлович Глянцев, spglyantsev@mail.ru*

Свой самый знаменитый хирургический труд – «Очерки гнойной хирургии» – доктор медицины В. Ф. Войно-Ясенецкий, а позднее профессор хирургии и архиепископ Лука, причисленный к лику святых как святитель Лука, исповедник, архиепископ Симферопольский (1877–1961), начал писать в 1916 г. в Переславле-Залесском. Там он работал главным врачом и хирургом больницы, превращенной в военный госпиталь. Материалы для книги Валентин Феликсович отобрал из своих наблюдений времен русско-японской войны 1904–1905 гг. Первый вариант труда был подготовлен в 1920–1923 гг, но в связи с репрессиями автора издательство «Биомедгиз» выпустило «Очерки» только в 1934 г. после окончания второй ссылки епископа и хирурга. Работу над вторым изданием прервала новая ссылка В. Ф. Войно-Ясенецкого, поэтому автор закончил рукопись в 1943 г., а в 1946 г. его удостоили Сталинской премии, после чего книга вышла в свет в издательстве «Медгиз». Третье издание «Очерков» было выпущено тем же издательством в 1956 г. В 2000 г., в год канонизации святителя, в издательстве «Бином» вышло четвертое издание, ошибочно названное пятым. А в 2016 г. в Симферополе «Очерки» выпустили в пятый раз. Анализ изданий показал, что самым редким из-за репрессий автора следует считать первое издание «Очерков» (1934), а самым полным – отмеченное премией второе издание (1946). Третье было дополнено сведениями об антибактериальном лечении гнойных заболеваний, готовившееся к печати в 1995 г. четвертое издано не было, а пятое (по счету четвертое) было дополнено вступительным словом, примечаниями редакторов, богословским трудом автора «Наука и религия» и эссе о его жизни и творчестве с иллюстрациями. Издание 2016 г. содержит вступительное слово Патриарха Московского и всея Руси Кирилла и является аналогичным второму. Существует также двухтомное издание «Очерков» на греческом языке, изданное в 2014 г. в Афинах.

Ключевые слова: *В. Ф. Войно-Ясенецкий, святитель Лука, «Очерки гнойной хирургии», издания 1934, 1946, 1956, 2000 и 2016 гг.*

Для цитирования: *Глянцев С. П. «Очерки гнойной хирургии» Святителя Луки (Войно-Ясенецкого): судьба книги-легенды в зеркале столетий (к 140-летию со дня рождения В. Ф. Войно-Ясенецкого). Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка, 2016, 3 (4), стр.10-23.*

DOI: 10.25199/2408-9613-2016-3-4-10-23

"Sketches of purulent surgery" of St. Luka (Vojno-JaseneckijVojno-Jaseneckij): a legend book's destiny in the mirror of centuries (by the 140th anniversary of Vojno-Jaseneckij's birth)[2]

S. P. Glyanzev
Russia, 117931, Moscow, Leninskiy Prospekt, 8, Building 7

He began his most famous surgical work — "Sketcheses of purulent surgery" — MUDr. V. F. Vojno-Jaseneckij, later a professor of surgical sciences and sainted Archbishop Luka, a confessor, Archbishop of Simferopol (1877–1961), in 1916 in Pereslavl – Zalesskiy. At the hospital, that was a military one at those times, he was working as a head physician and a surgeon. The materials for the book were taken from the time of Russo-Japanese war 1904–1905. The first variant of the work was ready in 1920–1923, but due to repressions of the author the publishing house "Biomedgiz" released "The Sketches" in 1934 only after the second Archbishop's and surgeon's deportation was over, V. F. Vojno-Jaseneckij began to work under the second publication but a new deportation allowed him to finish it only in 1943 and in 1946 he had the honor of winning Stalin Award, after that the book went out in the publishing house "Medgiz". The third publication of "The Sketches" was released by the same house in 1956. In 2000, the year of his canonization, the fourth book went out in publishing house "Binom", which was mistakenly called the fifth one. In 2016 in Simferopol "The Sketches" was released again. It was found out that due to author's deportations the most unique book is the first one of 1934, and the most detailed is the second (1946). Some information about antibacterial treatment of purulent diseases was added to the third book, the fourth one was not published in 1955, and the fifth work (the fourth in reality) was added with introduction, editors' notes, theological work of the author "Science and Religion" and the essay of his life and work with illustrations. There is an introduction from the Patriarch of Moscow and all Russia Kirill in the publication of 2016, which is the same as the second one. There is also a two-volume book of 'The sketches" in Greek published in 2014 in Athens.

Key words: *V. F. Vojno-Jaseneckij, St. Luka, "Sketches of purulent surgery", publications of 1934, 1946, 1956, 2000 and 2016.*

For citation: *Glyantsev S. P. "Sketches of purulent surgery" of St. Luka (Vojno-Jaseneckij): a legend book's destiny in the mirror of centuries (by the 140th anniversary of Vojno-Jaseneckij 's birth). Wounds and Wound Infections. The Prof. B. M. Kostyuchenok Journal, 2016, 3 (4), 10-23.*

Большинство хирургов России знают, а многие из них имеют в своей библиотеке хотя бы одно издание этой книги из пяти известных[3].Начнем с того, что она уникальна по своему содержанию и представляет собой первое в отечественной литературе «руководство» по гнойной хирургии, основанное на многолетнем личном опыте автора – топографоанатома и хирурга[4]. Во-вторых, окрашенные колоритом личности В. Ф. Войно-Ясенецкого, «Очерки гнойной хирургии» являются не только научным, но и высокохудожественным произведением с выраженной деонтологической составляющей. В-третьих, имя автора книги, доктора медицины и богословия, профессора хирургии и архиепископа Русской православной церкви, еще при жизни стало легендарным, а в конце XX века вначале – на Украине (1995), а затем и в России (2000), он был причислен к лику святых под именем святителя Луки, исповедника и архиепископа Симферопольского [1]. Известно, что еще в 1916 году во время обдумывания оглавления будущей книги земский хирург из города Переславль-Залесского, доктор медицины Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий[5] (1877–1961) впервые отчетливо увидел свое будущее одновременно как хирурга и священнослужителя [2].

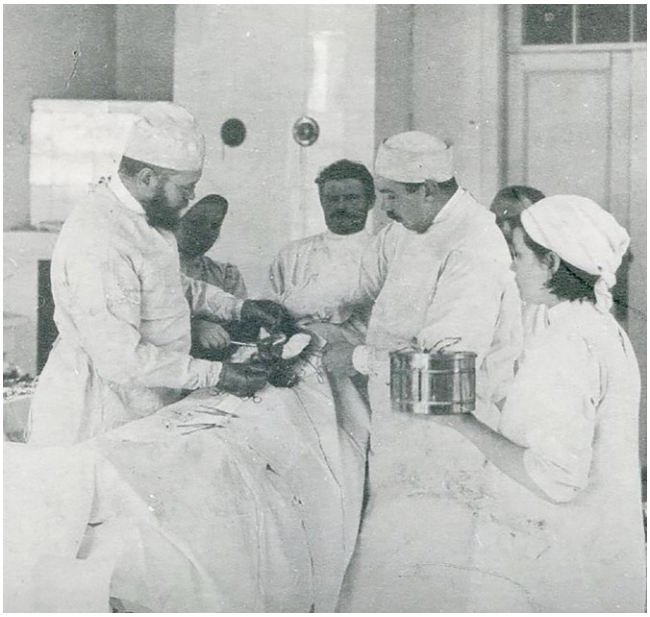


Рис. 1. *Войно-Ясенецкий В. Ф. – ведущий хирург военного госпиталя. Переславль-Залесский, 1916 г.*
Fig. 1. *Vojno-Jaseneckij V. F. - a leading surgeon of the military hospital. Preslavl-Zalesskiy, 1916*

Однако несмотря на широкую известность «Очерков», ставших, по мнению протоиерея Георгия Шевченко (академик РАН, профессор Ю. Л. Шевченко), «Библией русской хирургии», история их написания и издательская судьба практически не изучены [3]. Например, сведения о книге представлены ошибочно даже в Большой медицинской энциклопедии. Неясна также судьба готовившегося к выходу, но так и не увидевшего свет четвертого издания «Очерков», внесшего определенную путаницу в подсчет последующих.

Понимая, что хирургические и, отчасти, художественно-деонтологические особенности «Очерков гнойной хирургии» архиепископа Луки описаны в литературе достаточно полно [4], мы поставили цель в своей работе изучить историю книги, выдержавшей 5 изданий за 80 с лишним лет.

[1] Основные положения статьи были доложены на Международной научно-практической конференции «Хирургические инфекции кожи и мягких тканей у детей и взрослых», посвященной 140-летию со дня рождения профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого 15 мая 2017 г. в Симферополе (Республика Крым, Россия).

[2] The main points of the article were reported at the International Scientific-Practical Conference "Surgical skin and soft tissues infections in children and adults" dedicated to the 140th anniversary of professor Vojno-Jaseneckij's birth 15 May 2017 in Simferopol (Republic of Crimea, Russia).

[3] В 1-й раз книга вышла в 1934 г. в издательстве «Биомедгиз», во 2-й и 3-й раз – в 1946 и 1956 гг. в издательстве «Медгиз». В 2000 г. издательства «Невский диалект» и «Бином» (Россия) и «AZ-PRESS» (Украина) выпустили 4-е издание «Очерков», ошибочно названное 5-м. В 2016 г. Симферопольская и Крымская епархия издали «Очерки» в 5-й раз. Известно также двухтомное издание «Очерков» на греческом языке, выпущенное в 2014 г. издательством «Порфира» (Афины).

[4] Редактор четвертого, не увидевшего свет издания «Очерков» профессор С. А. Гешелин считал, что с современной точки зрения содержанию «Очерков» могло бы соответствовать другое название, например, «Очерки оперативной хирургии и прикладной топографической анатомии гнойных заболеваний».

[5] С середины 1920-х гг. – В. Ф. Войно-Ясенецкий. «Фамилия Войно-Ясенецких заключает в первой своей части название герба, происшедшего от названия хоругви, под которую съезжались шляхтичи разного состояния и происхождения, жившие по соседству. Со временем, разбредшись в разные стороны, они сохраняли название хоругви и ее эмблему, ставшую фамильным гербом. Польская и литовская шляхта нередко присоединяла к фамилии название герба – Корвин-Круковские, Порай-Кошицы, Гоздава-Голомбиевские и др. Отсюда ясно, что Бонч-Бруевичи и Бонч-Осмоловские происходят не от одного предка, а съезжались когда-то под одну хоругвь – Бонч» [5].

«Очерки гнойной хирургии», первый вариант (1904–1923 гг.)

Из мемуаров святителя Луки [2] и текста «Очерков» 1934 года [6] следует, что материалы для книги автор начал собирать с 1904 года, когда в период русско-японской войны выпускник Императорского Киевского университета Св. Владимира лекарь В. Ф. Войно-Ясенецкий врачевал на Дальнем Востоке в составе санитарного поезда Киевского отделения Российского общества Красного Креста.

Прошло еще 12 лет, прежде чем в Переславле-Залесском уже во время Первой мировой войны у главного врача и хирурга уездной больницы, а по совместительству – начальника и главного хирурга военного госпиталя В. Ф. Войно-Ясенецкого – созрел план книги и были сделаны черновые наброски ее оглавления (рис. 1). Учитывая топографо-анатомический подход к изложению путей распространения гноя и описанию доступов к опорожнению его скоплений, нельзя исключить, что стимулом к началу работы над рукописью будущих «Очерков» послужила докторская диссертация В.Ф. Войно-Ясенецкого, посвященная регионарной анестезии и защищенная в 1915 году.

Анализ доступных источников показал, что вплотную к написанию книги В. Ф. Войно-Ясенецкий приступил в начале 1920-х годов, когда одновременно работал главным хирургом Ташкентской городской больницы, профессором кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Туркестанского университета и настоятелем Ташкентского кафедрального собора. В мае 1923 года после пострига в монахи под именем Луки, В. Ф. Войно-Ясенецкий был тайно рукоположен в епископа Ташкентского и Туркестанского, а в июне арестован.

Арест временно прервал работу над книгой, но епископ Лука продолжил ее в Ташкентской тюрьме на протяжение всего времени, пока велось следствие по делу. Летом 1923 года он закончил рукопись, состоявшую из хирургической части в 7 выпусках (посвященных 7 анатомическим областям) и анестезиологической (способы анестезии), а в конце года был сослан в Енисейский край.

Таким образом, текст первого варианта книги был подготовлен в Ташкенте в 1920–1923 гг. Есть косвенные сведения о том, что Владыко собирался его издать, возможно, даже отослал рукопись в какое-либо издательство, поскольку в Сибири над книгой уже не работал. Но этот вариант в свет не вышел. Скорее всего, по причине репрессии автора.

Рис. 2. *Епископ Лука (Войно-Ясенецкий) в Ташкентской тюрьме, 1930 г.*
Fig. 2. *Arhiepiskop Luka (Vojno-Jaseneckij) in Tashkent prison, 1930*

«Очерки гнойной хирургии», первое издание (1926–1934 гг.)

В Ташкент епископ Лука вернулся в 1926 году, после окончания ссылки. К лету 1928 года он написал недостающие, по его мнению, главы первого варианта, а осенью того же года отправил рукопись в Москву в издательство «Биомедгиз». Через год она вернулась к нему для доработки с несколькими положительными рецензиями, включая отзыв одного из создателей концепции этапного лечения раненых, профессора Военно-медицинской академии Красной армии В. А. Оппеля. Но работу над замечаниями рецензентов и подготовку рукописи к печати в мае 1930 года прервал новый арест. Как и во время предыдущего, работать над рукописью Владыке вновь пришлось в Ташкентской тюрьме (рис. 2). Там же с помощью находившейся на свободе дочери Елены он заключил с издательством «Биомедгиз» договор на издание книги, представлявшей, по отзывам рецензентов, «ценное руководство для практических врачей».

Судя по атмосфере, царившей в Европе в начале 1930-х годов[6], нельзя исключить того факта, что именно военно-полевые хирурги, к которым относился и В. А. Оппель, рассматривали эту книгу как крайне необходимую в преддверии возможной войны. Скорее всего, именно это обстоятельство сыграло главную роль в том, что автору разрешили работать над правкой рукописи в тюрьме, и что книга была издана.

Таким образом, второй вариант рукописи «Очерков» был подготовлен к печати в том же следственном изоляторе Ташкентской тюрьмы весной 1931 года, а работа над ней с момента возникновения идеи в 1916 году до ее реализации заняла 15 лет. Причем еще раз

[6] Мы имеем в виду приход к власти в Германии А. Гитлера и его партии в 1933 г.

[7] Ныне – Котласская центральная городская больница имени святителя Луки (В. Ф. Войно-Ясенецкого).

Рис. 3. *Епископ Лука (Войно-Ясенецкий) в Архангельске, 1932 г.*
Fig. 3. *Arhiepiskop Luka (Vojno-Jaseneckij) in Arhangelsk, 1932*

отметим: оформлением документов и отправкой рукописи в Москву занималась дочь Владыки Елена Валентиновна, а сам он в это время находился под следствием [2].

После окончания следствия в мае 1931 года епископ Лука вновь был отправлен в ссылку, на этот раз – сроком на 3 года в Северный Край (рис. 3). Но ни в пересыльном лагере под Котласом, ни в самом Котласе, где Владыко работал хирургом в городской больнице[7], ни в Архангельске, где он трудился во 2-й Советской амбулатории, к рукописи Валентин Феликсович не прикасался [4]. Однако издавать труд повторно репрессированного автора в «Биомедгизе» не спешили.

Архангельская ссылка завершилась 20 декабря 1933 года. Сразу же после ее окончания Владыко выехал в Москву, и уже 28 декабря отредактированная и подготовленная к печати рукопись была передана в типографию. Как такое оказалось возможным? Дело в том, что первое издание «Очерков», вышедшее во второй

Рис. 4. *Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии (1934)*
Fig. 4. *Vojno-Jaseneckij V. F. Sketches of purulent surgery (1934)*

половине 1934 года тиражом 10200 экземпляров, к моменту окончания ссылки В. Ф. Войно-Ясенецкого было отредактировано в издательстве «Биомедгиз» Б. М. Миловидовым, а предисловие к нему написал товарищ В. Ф. Войно-Ясенецкого по Ардатовскому земству, видный московский хирург, профессор В. С. Левит [6]. Но качество издания оставляло желать лучшего. «Вышла, наконец, моя книга, – писал в 1934 году епископ Лука, – но издана очень плохо, даже без переплета; рисунки изуродованы, некоторые до полной потери смысла. Но и то, слава Богу. Ведь 5 лет ждала она напечатания» [5; 470][8]. Напомним, что автору «Очерков» хирургу и епископу было в то время уже 57 лет.

Мы не можем согласиться с мнением М. Поповского, который утверждал, что книга не была востребована читателями [7]. Известны по крайней мере четыре положительных рецензии из Москвы, Ленинграда, Днепропетровска и Иваново [3]. Как видно, география читателей довольно обширная. Да и тираж для узкопрофильного издания относительно большой. На основании воспоминаний святителя и имеющихся у нас данных мы считаем, что книга не только разошлась по стране, но и была с интересом прочитана, а ее автор получил многочисленные просьбы от коллег, главным образом, провинциальных хирургов, подготовить второе издание «Очерков».

Вместе с тем нельзя исключить, что после следующего ареста епископа Луки в 1937 году, какое-то количество книг 1934 года могло быть изъято из библиотек и уничтожено, что было обычным делом после арестов многих представителей интеллигенции, издававших книги. Именно поэтому оставшиеся экземпляры в мягкой обложке на пожелтевшей от времени газетной бумаге в настоящее время являются большой редкостью (рис. 4).

[8] Первая цифра – порядковый № источника, после точки с запятой – страница в нем.

Отметим один из многих парадоксов в жизни хирурга и епископа Луки того времени. Известно, что, работая в Архангельске над проблемой лечения гнойных заболеваний мазевыми повязками северной знахарки В. М. Вальневой, Владыко мечтал создать в системе ВЭИМ им. А. М. Горького Институт гнойной хирургии. Но нарком здравоохранения РСФСР М. Ф. Владимирский и директор ВИЭМ Л. Н. Федоров отказали священнослужителю, не снявшему с себя сана, в осуществлении этого плана. Парадокс заключался в том, что создать Институт гнойной хирургии ему не дали, а книга очерков на ту же тему в свет вышла.

«Очерки гнойной хирургии», второе издание (1934–1946 гг.)

Работу над вторым изданием «Очерков» епископ Лука начал в 1934 году вскоре после возвращения из северной ссылки в Ташкент, где он возглавил созданное им в городской больнице, возможно, первое в стране отделение гнойной хирургии. «Многие столичные хирурги очень убоги в области гнойной хирургии, – писал епископ Лука в 1935 году в частном письме из Ташкента. – Я оказываюсь белой вороной в этой области. В моей работе очень явна помощь Божия, и идет она превосходно. Зреют важные научные работы. Через 2 недели буду делать доклад о лечении [гнойных заболеваний] по способу В. М. Вальневой. Это будет большая сенсация, но мои врачи очень волнуются, так как ждут озлобленных нападок на меня, еще худших, чем было в Архангельске. Я, однако ничего не боюсь, так как на этом деле явное благословение Божие» [5; 471]. Из письма 1936 года: «Работа моя по гнойной хирургии идет отлично, и быстро накопляются очень ценные материалы для книги о флегмонах, которую на днях начну писать и надеюсь кончить через полгода» [5; 472].

Рис. 5. *Епископ Лука (Войно-Ясенецкий) в Ташкентской тюрьме, 1939 г.*
Fig. 5. *Arhiepiskop Luka (Vojno-Jaseneckij) in Tashkent prison, 1939.*

Но интенсивная работа над значительно более объемной, существенно переработанной и дополненной книгой в 1937 году вновь была прервана новым арестом и третьей ссылкой. На это раз в Красноярский край.

Буквально за несколько суток до ареста Владыко писал: «Книга, которую я готовлю, спасет от страданий, увечий и смерти сотни тысяч больных, ибо по ней тысячи врачей научатся гнойной хирургии. Считая писание книги угодным Богу делом, я напрягаю все свои силы, чтобы поскорее закончить его, не пользуюсь отпусками и каждые полчаса, потраченные на другие дела, считаю потерянными. Очень многое новое и весьма важное, к чему я пришел за 3 (почти) года хирургической работы после [архангельской] ссылки, я решил опубликовать сперва в виде отдельных журнальных статей (числом 6–7), а потом ввести в виде дополнений в[о] второе издание своих «Очерков гнойной хирургии», которое почти вдвое увеличится в своем объеме (до 500–600 стр.) и станет классическим руководством по гнойной хирургии, ибо уже о первом издании книги рецензенты писали, что она будет настольной книгой хирургов, и я со всех сторон получаю восторженные отзывы о ней. Так сбывается на мне Божие слово: «прославляющего Мя прославлю». Я не хочу, однако, славы для себя, а горю надеждой, что крупный научный труд, написанный епископом, станет всенародной хвалой Богу. Поэтому так и спешу поскорее вознести эту хвалу. Мне уже 60 лет, и вряд ли еще долго проживу. Как же не спешить? Недавно я отправил в печать первую, самую крупную статью о глубоких флегмонах лица, а теперь усиленно работаю над второй, о флегмонах стопы и надеюсь закончить ее через 2–3 недели. Если мне недостает нужного случая для подтверждения какого-либо моего теоретического положения, то всегда, именно в самый нужный момент, Господь посылает мне именно такого больного, какого мне недостает. Это прямо поразительно, <...> что моя вера дает мне неизмеримое преимущество над обыкновенными учеными, служит светочем в моей научной работе и открывает мне многое то, чего не видят и не замечают не имеющие этого светоча...» [5; 473].

Рис. 6. *Епископ Лука (Войно-Ясенецкий) среди пациентов ЭГ 1515. Красноярск, 15 декабря 1943 г.*
Fig. 6. *Arhiepiskop Luka (Vojno-Jaseneckij) among the patients EG 1515. Krasnoyarsk, 15 December*

Но сбыться этим благим мечтам было суждено не скоро. Рукопись второго издания «Очерков» Владыка заканчивал в Большой Мурте, куда прибыл в марте 1940 года (рис. 5). И дополнял он ее в основном наблюдениями, собранными в Ташкенте в 1934–1937 годах. Главными же отличиями второго издания от первого стали не только на треть возросший листаж книги, включающий новые главы, отсутствующие в первом издании (табл. 1), но и ссылки на современную зарубежную литературу конца 1930-х годов, знакомства с которой епископ был лишен при подготовке первого издания в следственном изоляторе Ташкентской тюрьмы [2, 7].

Значительно исправленную и дополненную рукопись в середине 1941 года, то есть уже после начала Великой Отечественной войны, Владыко вновь отправил в Москву. Известно, что вначале он хотел издать ее в Красноярске, затем в Новосибирске, но по ряду причин эти издания не состоялись [3].

В 1942 году рукопись вернули автору для доработки. В это время епископ Лука жил в Красноярске и работал в крупном эвакогоспитале (рис. 6), собирая материал для книги по лечению огнестрельных ранений крупных суставов. Его труд получил два положительных отзыва, один из которых подписал главный хирург Управления эвакогоспиталей Наркомздрава СССР Н. Н. Приоров,

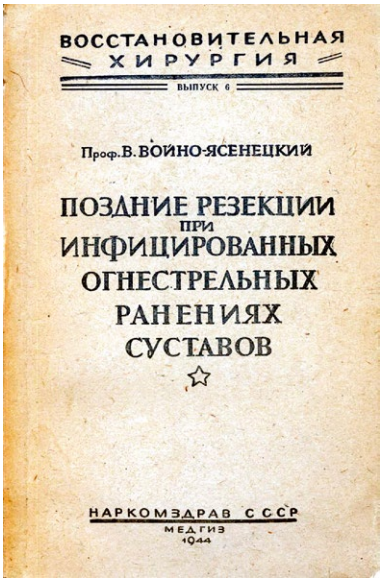


Рис. 7. *Войно-Ясенецкий В. Ф. Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов, 1944*
Fig. 7. *Vojno-Jaseneckij V. F. Late resections with infected gunshot injuries of joints, 1944*

и в обоих было отмечено большое значение проведенной работы для военно-полевой хирургии.

В 1943 году по просьбе издательства «Медгиз» Владыко вновь отослал доработанную рукопись в Москву. Вместе с ней в столицу отправилась рукопись

Рис. 8. *Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии (1946)*
Fig. 8. *Vojno-Jaseneckij V. F. Sketches of purulent surgery (1946)*

небольшой, вышедшей в издательстве Наркомздрава СССР годом позже, брошюры о поздних резекциях суставов при инфицированных огнестрельных ранениях (рис. 7). А в конце года нарком здравоохранения РСФСР А. Ф. Третьяков телеграммой известил епископа Луку, что рукопись второго издания «Очерков» и книга о резекциях суставов направлены в Комитет по Сталинским премиям! Возможно, что некую роль в этом решении сыграло письмо епископа Луки И. В. Сталину, отправленное из Красноярска вместе с положительными рецензиями на книгу в мае 1943 года [3, 4].

Дальнейшая судьба второго издания «Очерков» странна и загадочна одновременно. Дело в том, что Сталинская премия за труды 1943 года (один из них был в рукописи) была присуждена архиепископу Луке в начале 1946 года (в 1944 и 1945 году премия не присуждалась), а книга вышла в свет летом того же года. Мы не обсуждаем позднюю дату присуждения премии, мы лишь подчеркиваем, что книга увидела свет после присуждения ей высокой награды. Иначе говоря, премия за труд, предназначенный для военно-полевых хирургов и отправленный в издательство в самый разгар войны, была присуждена, а книга была издана, когда война уже закончилась. Более того, получается, что на момент присуждения премии военно-полевые хирурги второе издание «Очерков» не читали, а знали книгу только по первому, ставшему редким изданию, с момента выхода которого прошло 12 лет. Не случайно во втором издании БМЭ, в томе, вышедшем в 1958 г., сказано, что Сталинскую премию первой степени епископ Лука получил за книгу, изданную в 1934 году!

Все это заставляет задуматься о том, что присуждение премии епископу и хирургу, который в 1943 г. стал членом Священного синода и участвовал в первых после Октябрьской революции выборах Патриарха

Рис. 9. *Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий) – лауреат Сталинской премии*
Fig. 9. *Arhiepiskop Luka (Vojno-Jaseneckij) – The winner of Stalin Award*

Московского и всея Руси, а в 1944 году за труды по лечению раненых был возведен в сан архиепископа, было не научным, а скорее политически целесообразным деянием. Дело в том, что в переломном для хода войны 1943 году, когда решался вопрос об открытии второго фронта, Правительство страны повернулось лицом к Русской православной церкви, и присуждение премии священнослужителю было как раз кстати. Мы никоим образом не хотим умалить значимость этой награды – она была вполне заслуженной. Но, скажем так, несколько несвоевременной.

Лауреатское издание «Очерков», в отличие от первого, вышло в твердой обложке, большего формата и в 2 раза большим тиражом (рис. 8). Вместо 22 глав оно содержало 39, а количество печатных листов возросло с 19 (по 50000 знаков на лист) до 34 (по 69000 знаков). Иначе говоря, объем книги увеличился в 2,5 раза! Кроме того, «Очерки» предваряли два предисловия автора (одно к первому изданию, другое ко второму). И если первое издание по причине ссылки автора редактировал сотрудник издательства, то редакция второго впервые была исключительно авторской. Книга также была снабжена предметным указателем, который отсутствовал в предыдущем издании (табл. 1) [8].

По-видимому, эту книгу В. Ф. Войно-Ясенецкий преподнес некоторым видным советским хирургам. Так, в Российском музее истории медицины при Национальном НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко экспонируется ее экземпляр с дарственной надписью автора С. С. Юдину.

Отметим, что в год выхода книги сталинскому лауреату было уже под семьдесят (рис. 9). По причине нарастающей слепоты на почве перенесенной в Архангельске лихорадки паппатачи, осложнившейся отслойкой сетчатки, хирург и архиепископ постепенно отходил от активной хирургической деятельности. Он возглавил церковную кафедру в Симферополе и руководил Крымской епархией. Еще один парадокс: практически одновременно с высокой правительственной наградой в 1946 г. Владыке отказали в выступлении перед участниками XXV Всесоюзного съезда хирургов в облачении епископа. Но отказали не хирурги, которые ждали выступления коллеги по теме лечения огнестрельных остеомиелитов, а партийные органы, опасавшиеся несговорчивого архиерея [3].

«Очерки гнойной хирургии», третье издание (ок. 1950–1956 гг.)

В начале 1950-х годов слепой на оба глаза архиепископ Симферопольский и Крымский Лука начал мечтать о третьем издании «Очерков». Понимая, что физический недуг и возраст помешают написать книгу, он обращается в «Медгиз» с просьбой найти ему соавтора. Известно также, что подключенный к редакции текста бывший военный хирург, заведующий кафедрой факультетской хирургии 1-го Ленинградского медицинского института им. И. П. Павлова, профессор В. И. Колесов из Ленинграда, который внес необходимые дополнения и уточнения (табл. 1), категорически отказался от соавторства. Но третье издание «Очерков» интересно не только участием в подготовке к печати будущего пионера мировой коронарной хирургии и талантливого врача-писателя. Предисловие к труду опального священнослужителя написали два выдающихся советских хирурга – академики А. Н. Бакулев и П. А. Куприянов[9] [9]. Мы не знаем, по чьей инициативе или просьбе они это сделали, но сам факт их участия в третьем издании «Очерков» довольно примечателен. Во-первых, нам не известна какая-либо другая хирургическая книга, предисловие к которой написали бы сразу оба вышеупомянутых хирурга.[10] А во-вторых, мы полагаем, что именно эти громкие имена могли способствовать выходу книги в свет.

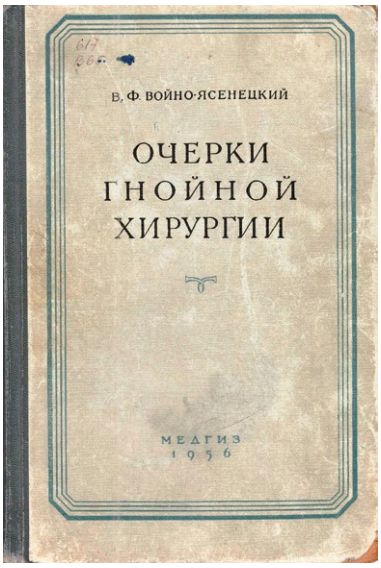


Рис. 10. *Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии (1956)*
Fig. 10. *Vojno-Jaseneckij V. F. Sketches of purulent surgery (1956)*

Это издание, за исключением дополнений В. И. Колесова, в целом повторяет второе авторское, но в его «Приложении», посвященному способам обезболивания операций, был изъят раздел, посвященный общей анестезии (наркозу). Выпущенное под редакцией Д. Н. Лубоцкого летом 1956 г. тиражом 30000 экземпляров третье издание встречается в государственных и частных библиотеках чаще, чем второе, и намного чаще первого (рис. 10).

Любопытно, что В. И. Колесов узнал о сане иерарха Русской православной церкви автора книги, которую он редактировал, только после того, как архиепископ Лука прислал ему письмо с благодарностью за помощь в издании книги, где указал свои церковные регалии.

Известен также экземпляр третьего издания «Очерков», хранящийся в фондах Музея истории медицины им. П. Я. Страдыня в Риге (Латвия), с благодарственной надписью автора П. А. Куприянову. Возможно, аналогичные экземпляры с автографом архиепископа были посланы еще нескольким хирургам, например, А. Н. Бакулеву и В. И. Колесову, но нам они неизвестны. Существуют также сведения о том, что в эти годы архиепископ Лука хотел переиздать свою докторскую диссертацию по регионарной анестезии, но с этим проектом у него ничего не вышло [3].

«Очерки гнойной хирургии», четвертое издание (1995–2006 гг.)

В июне 1961 г. архиепископ Симферопольский и Крымский Лука скончался. На политической арене

[9] В нашем распоряжении имеется копия рукописного варианта этого предисловия, написанного рукой П. А. Куприянова. Оригинал хранится в фондах Музея истории медицины им. П. Страдыня (Рига, Латвия)

[10] Напомним, что А. Н. Бакулев в это время занимал пост Президента АМН СССР, а П. А. Куприянов – председателя правления Всесоюзного общества хирургов. Оба были Героями Социалистического труда и лауреатами Ленинской премии. Но предисловие они подписали просто: «Проф. А. Н. Бакулев, проф. П. А. Куприянов» [9].

Рис. 11. *Святой исповедник архиепископ Лука (Святитель Лука Крымский). Икона с частицей гроба св. Луки (в левом нижнем углу), 2000-е гг.*
Fig. 11. *Saint confessor Archbishop Luka (St. Luka of Crimea). An icon with part of St.Luka's coffin (in the left lower corner), 2000.*

сталинские репрессии сменила хрущевская «оттепель». Однако на фоне некоторого идеологического послабления вновь активно заработала антирелигиозная пропаганда. Но было бы неверно полагать, что имя В. Ф. Войно-Ясенецкого все эти годы замалчивалось, а его труды были преданы забвению, как, например, были вычеркнуты из истории советской медицины имена и труды арестованных в 1937 году профессоров-терапевтов Л. Г. Левина и Д. Д. Плетнева. Статьи о хирурге-священнослужителе и главном медицинском труде его жизни опубликованы, правда, с ошибками, во втором и третьем изданиях БМЭ. Но настоящий бум книг, брошюр и статей об архиепископе Луке поднялся в начале 1990-х годов после выхода в свет в журнале «Октябрь» повести врача и журналиста М. Поповского «Жизнь и житие Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга» [7]. По нашим данным, современная библиография святителя Луки (рис. 11) насчитывает более 100, а биобиблиография – более 1000 наименований [4]!

В 1995 г. по инициативе Крымской епархии определением синода Украинской православной церкви (Московского патриархата) архиепископ Симферопольский и Крымский Лука был причислен к лику месточтимых

Таблица 1. Сравнительный анализ пяти изданий книги В. Ф. Войно-Ясенецкого «Очерки гнойной хирургии» с 1934 г. по 2016 г.

Выходные данные: Imprint	Издание, 1934 г. Edition, 1934	Издание 1946 г.[1] Edition, 1946
Издательство Publishing house	Государственное издательство биологической и медицинской литературы («Биомедгиз»), Москва-Ленинград State publishing house of biological and medical literature ("Biomedgiz"), Moscow-Leningrad	Государственное издательство медицинской литературы («Медгиз»), Москва State publishing house of medical literature ("Medgiz", Moscow)
Печатных листов Printed sheets	19	34
Условно печатных листов Conventional printed sheets	-	56,3
Знаков на печатном листе Signs on printed sheet	50000	69000
Тираж Circulation	10200	20000
Сдано в набор Sent to the printer's	28 декабря 1933 г. Dec 28, 1933	-
Подписано в печать Signed to be print	22 апреля 1934 г. Apr 22, 1934	9 апреля 1946 г. 9 Apr 1946
В печать In print	11 июля 1934 г. July 11, 1934	-
Вступительное слово Welcome speech	-	-
Предисловие (предисловия) Introduction (introductions)	Проф. В. С. Левита и автора	Автора к 1-му и 2-му изданиям
Редактор Editor	Б. М. Миловидов	Автор

[1] По нашим данным издание 1946 г. могло быть выпущено двумя тиражами разным шрифтом

святых [10]. В тот же год украинские хирурги и симферопольские издатели приняли решение переиздать «Очерки». Текст их третьего издания 1956 года с дополнениями и правками В. И. Колесова отредактировал и дополнил заведующий кафедрой госпитальной хирургии Одесского государственного медицинского института им. Н. И. Пирогова, профессор С. А. Гешелин[11]. Но по неизвестным причинам книга в свет не вышла. Авторские права на ее отредактированное издание вместе с предисловием С. А. Гешелина купило московское издательство «БИНОМ»[12]. Сотрудники издательства обратились к министру здравоохранения РФ профессору Ю. Л. Шевченко с просьбой подготовить вступительное слово, к заведующему кафедрой госпитальной хирургии Крымского государственного медицинского института профессору Н. Н. Волобуеву для повторной редакции текста, а к депутату Государственной Думы РФ от фракции ЛДПР профессору В. А. Лисичкину для написания послесловия к книге и предоставления для публикации ряда фотографий[13].

Кроме того, проживавшая тогда в Одессе внучка святителя Луки О. В. Войно-Ясенецкая любезно предоставила издательству для публикации рукопись неизданного до тех пор труда своего деда под названием «Наука и религия», который дополнил очередное издание «Очерков».

Рукопись новой книги, которую издательство ошибочно посчитало пятой, была сдана в печать 22 июня 2000 г., а в августе этого же года Архиерейским собором Русской православной церкви архиепископ Симферопольский и Крымский Лука был прославлен как исповедник (святой) в сонме новомучеников и исповедников Российских. Издал книгу триумвират издательств «Невский диалект» (Санкт-Петербург), «БИНОМ» (Москва) и «AZ-PRESS» (Симферополь) (рис. 12) [11].

Кроме вступительного слова Ю. Л. Шевченко, книгу предваряли предисловия Н. Н. Волобуева (к пятому изданию), С. А. Гешелина (к четвертому, несостоявшемуся изданию), А. Н. Бакулева и П. А. Куприянова (к

[11] В Одессе тогда проживала внучка святителя Луки Ольга Валентиновна Войно-Ясенецкая.

[12] Персональное сообщение сотрудника издательства «БИНОМ». Москва, 21 июня 2017 г.

[13] Персональное сообщение В. А. Лисичкина. Москва, 21 июня 2017 г.

Tabl 1. Comparative analysis of five editions of V.F. Vojno-Jaseneckij's book "Sketches of purulent surgery" from 1934 to 2016

Издание 1956 г. Edition, 1956	Издание 2000 г. Edition, 2000	Издание 2016 г. Edition, 2016
Государственное издательство медицинской литературы («Медгиз»), Ленинград State publishing house of medical literature ("Medgiz", Leningrad)	Издательство ЗАО «БИНОМ» (Москва, Россия) совм. с «Невский диалект» СПб, Россия) и «AZ-PRESS» (Симферополь, Украина) Publishing house ZAO "BINOM" (Moscow, Russia) joint. "Nevsky dialect", St. Petersburg, Russia) and "AZ-PRESS" (Simferopol, Ukraine)	Издание Симферопольской и Крымской епархии совместно с ООО «Форма» (Симферополь, Россия) The publication of the Simferopol and Crimean diocese, together with "Form" (Simferopol, Russia)
54,11	-	-
57,12	57,2	59,5
-	-	-
30000	3000[2]	1000
18 января 1956 г. Jan 18, 1956	-	-
8 мая 1956 г. May 8, 1956	22 июня 2000 г. Jun 22, 2000	28 марта 2016 г. Mar 28, 2016
-	-	-
-	Проф. Ю. Л. Шевченко	Патриарха Московского и всея Руси Кирилла
Проф. А. Н. Бакулева и П. А. Куприянова, автора ко 1-му и 2-му изданиям	Проф. Н. Н. Волобуева, С. А. Гешелина, А. Н. Бакулева и П. А. Куприянова, автора к 1-му и 2-му изданиям	Автора к 1-му и 2-му изданиям
Д. Н. Лубоцкий	Н. Н. Волобуев, С. А. Гешелин, В. В. Деньгин	Автор

[2] В 2006 – 2017 гг. издательство «БИНОМ» выпустило несколько дополнительных тиражей (допечаток) этого издания.

Таблица 1. Сравнительный анализ пяти изданий книги В. Ф. Войно-Ясенецкого «Очерки гнойной хирургии» с 1934 г. по 2016 г.

Выходные данные: Imprint	Издание, 1934 г. Edition, 1934	Издание 1946 г.[1] Edition, 1946
СТРУКТУРА (дополнения): Structure	I. Карбункулы и фурункулы II. Гнойные заболевания глаза III. Глубокие флегмоны лица IV. Паротит. Гнойное воспаление полости рта и глотки V. Периоститы и остеомиелиты челюстей VI. Гнойное воспаление среднего уха и его осложнения VII. Флегмоны шеи VIII. Флегмоны подмышечной области IX. Гнойные воспаления в области плечевого сустава X. Гнойное воспаление локтевого сустава XI. Флегмоны пальцев, кисти и предплечья XII. Мастит XIII. Гнойный плеврит XIV. Забрюшинные поясничные флегмоны XV. Аппендицит и перитонит XVI. Пролежни. Глубокая флегмона ягодичной области XVII. Аденофлегмона паховой области. Межмышечные флегмоны бедра XVIII. Гнойное воспаление коленного сустава XIX. Остеомиелит XX. Гнойные процессы в области голеностопного сустава XXI. Лимфангоит XXII. Саркома или остеомиелит?	I. Инфицированные раны покровов черепа, флегмона. Остеомиелит костей черепа II. Карбункулы и фурункулы III. Гнойные заболеваний глаза IV. Глубокие гнойные воспаления лица Флегмона глазницы V. Глубокие флегмоны лица VI. Паротит. Гнойное воспаление полости рта и глотки VII. Периоститы и остеомиелиты челюстей VIII. Гнойное воспаление среднего уха и его осложнения IX. Флегмоны шеи X. Флегмоны подмышечной области XI. Гнойные воспаления в области плечевого сустава XII. Флегмоны плеча и предплечья XIII. Гнойное воспаление локтевого сустава XIV. Флегмоны пальцев, кисти и предплечья. Гнойное воспаление лучезапястного сустава XV. Флегмоны груди. Остеомиелиты лопатки и ключицы XVI. Остеомиелиты ребер. Кариозные процессы в реберных хрящах XVII. Остеомиелит позвоночника XVIII. Мастит XIX. Гнойный плеврит XX. Абсцесс легкого XXI. Забрюшинные поясничные флегмоны XXII. Аппендицит и перитонит XXIII. Абсцессы печени XXIV. Абсцесс селезенки XXV. Флегмоны брюшной стенки XXVI. Флегмоны подвздошной ямки. Псоит XXVII. Остеомиелит костей таза XXVIII. Гнойное воспаление тазобедренного сустава XXIX. Пролежни. Глубокая флегмона ягодичной области XXX. Флегмона fossa ischiorectalis. Перианальные абсцессы XXXI. Гнойные затеки при простатите и везикулите XXXII. Аденофлегмона паховой области XXXIII. Флегмоны бедра, подколенной ямки и голени. Гнойные затеки из коленного сустава XXXIV. Гнойное воспаление коленного сустава XXXV. Остеомиелит XXXVI. Флегмоны стопы XXXVII. Гнойные воспаления в области голеностопного сустава XXXVIII. Лимфангоит XXXIX. Саркома или остеомиелит?
ПРИЛОЖЕНИЯ Application	Способы анестезии: Местная анестезия Общие сведения 1. Тройничный нерв 2. Областная анестезия волосистой части головы 3. Нервы шеи 4. Нервы верхней конечности 5. Нервы нижней конечности (Общий) Наркоз	Способы анестезии: Местная анестезия Общие сведения 1. Тройничный нерв 2. Областная анестезия волосистой части головы 3. Нервы шеи 4. Нервы верхней конечности 5. Нервы нижней конечности (Общий) Наркоз
	-	Предметный указатель (не указан в оглавлении)
	-	-
	-	-

Tabl 1. Comparative analysis of five editions of V. F. Vojno-Jaseneckij's book "Sketches of purulent surgery" from 1934 to 2016

Издание 1956 г. Edition, 1956	Издание 2000 г. Edition, 2000	Издание 2016 г. Edition, 2016
Доп. В. И. Колесова Доп. В. И. Колесова Прим. В. И. Колесова Доп. В. И. Колесова Прим. В. И. Колесова Прим. В. И. Колесова Прим. В. И. Колесова Доп. В. И. Колесова Доп. В. И. Колесова Прим. В. И. Колесова	Доп. В. И. Колесова, прим. Н. Н. Волобуева Доп. В. И. Колесова, прим. С. А. Гешелина и Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. В. И. Колесова, С. А. Гешелина и Н. Н. Волобуева Доп. В. И. Колесова, прим. Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. С. А. Гешелина и Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. С. А. Гешелина и Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. Н. В. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. В. И. Колесова, С. А. Гешелина и Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. В. И. Колесова и С. А. Гешелина Прим. Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Доп. В. И. Колесова, прим. Н. Н. Волобуева Доп. В. И. Колесова, прим. С. А. Гешелина и Н. Н. Волобуева Прим. Н. Н. Волобуева Прим. В. И. Колесова и С. А. Гешелина, автора	Содержание книги повторяет 2-е издание 1946 г., но дополнения и примечания те же, что и в издании 2000 г., т. е. В. И. Колесова, С. А. Гешелина и Н. Н. Волобуева
Местная анестезия 1. Тройничный нерв 2. Областная анестезия волосистой части головы 3. Нервы шеи 4. Нервы верхней конечности 5. Нервы нижней конечности	Местная анестезия 1. Тройничный нерв 2. Областная анестезия волосистой части головы 3. Нервы шеи 4. Нервы верхней конечности 5. Нервы нижней конечности	Местная анестезия 1. Тройничный нерв 2. Областная анестезия волосистой части головы 3. Нервы шеи 4. Нервы верхней конечности 5. Нервы нижней конечности
Предметный указатель (внесен в оглавление)	Предметный указатель	Предметный указатель
-	В. Ф. Войно-Ясенецкий (архиепископ Лука). Наука и религия	-
-	В. А. Лисичкин. Жизнь и творчество В. Ф. Войно-Ясенецкого	-

Рис. 12. *Войно-Ясенецкий В. Ф. (Архиепископ Лука). Очерки гнойной хирургии (2000)*
Fig. 12. *Vojno-Jaseneckij V. F. Sketches of purulent surgery (2000)*

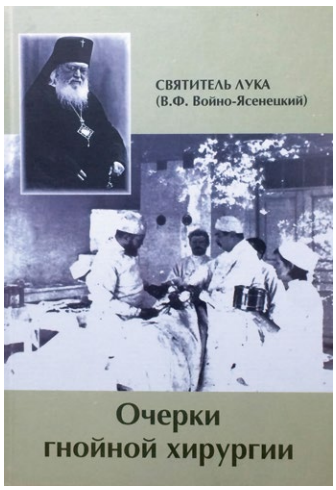


Рис. 13. *Святитель Лука (В. Ф. Войно-Ясенецкий). Очерки гнойной хирургии (2016)*
Fig. 13. *Vojno-Jaseneckij V. F. Sketches of purulent surgery (2016)*

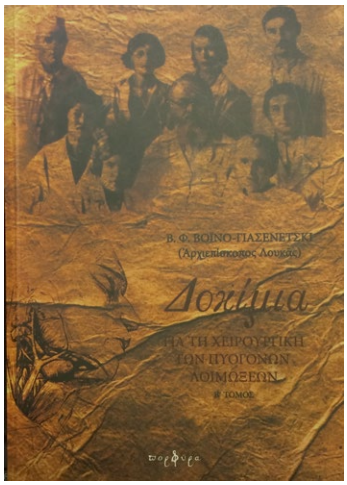


Рис. 14. *Войно-Ясенецкий В. Ф. (Архиепископ Лука). Очерки гнойной хирургии 2014. (на греч. яз.)*
Fig. 14. *Vojno-Jaseneckij V. F. Sketches of purulent surgery (2014)*

третьему изданию) и два предисловия самого автора (ко второму и первому изданиям). Текст самих «Очерков» был идентичен третьему изданию с незначительными подстраничными комментариями С. А. Гешелина и Н. Н. Волобуева. После авторского приложения, посвященного местной анестезии, и предметного указателя следовали трактат архиепископа Луки «Наука и религия» и статья В. А. Лисичкина «Жизнь и творчество В.Ф. Войно-Ясенецкого». Дополняли издание редкие фотографии святителя Луки из архива В.А. Лисичкина (табл. 1).

Повторим еще раз: это издание ошибочно было названо пятым. После аннотации к нему на обратной стороне титула приведены годы предыдущих изданий: 1934, 1946, 1956 и 1995. На самом деле четвертого издания 1995 года не было.

Эта «ошибка» была исправлена в следующем, аналогичном предыдущему переиздании книги тем же издательством «БИНОМ» в 2006 году, которое получило титульный подзаголовок «Четвертое издание», а предисловия Н. Н. Волобуева и С. А. Гешелина были объединены под названием «Предисловие к четвертому изданию» [12]. К настоящему времени нам известно несколько допечаток этой книги (помимо тиражей 2000 и 2006 годов) в 2008-м, 2013-м, 2015-м, 2016-м и 2017-м годах. Хотя, возможно, их число гораздо больше.

«Очерки гнойной хирургии», пятое издание (2014–2016 гг.)

Наконец в 2016 году Симферопольская и Крымская епархия в сотрудничестве с ООО «Форма» выпустили в свет последний вариант «Очерков гнойной хирургии», на обложке которого указано новое имя автора «Святитель Лука (В. Ф. Войно-Ясенецкий» (рис. 13). В отличие от изданий 2000-х годов это издание выпущено по благословению Патриарха Московского и всея Руси Кирилла с вступительным словом Его Святейшества. Оно содержит всего два предисловия и оба авторские (к изданиям 1934 и 1946 гг.), приложение «Местная анестезия» (без раздела «Наркоз») и «Предметный указатель» (табл. 1), то есть в целом соответствует второму изданию «Очерков» 1946 года [13].

Подчеркнем, что, с одной стороны, по нашим подсчетам это издание является не шестым, как это указано на титуле, а пятым, и следует за изданиями 1934, 1946, 1956 и 2000 годов. С другой стороны, если считать греческий двухтомник, выпущенный в 2014 году афинским издательством «Порфира» под редакцией профессора Г. Лакиотиса и митрополита Арголидского Нектария (Антонополуса) (рис. 14), то последнее, Крымское издание 2016 года можно назвать шестым.

Помимо Украинской и Русской православных церквей святитель Лука почитается некоторыми епархиями РПЦ как месточтимый святой, в частности, Красноярской, и рядом поместных церквей, например, Элладской православной церковью (Греция). При этом на греческих иконах, как правило, указана его профессия – врач (iatros), и иногда изображены хирургические инструменты[14] (рис. 15).

Заключение

Таким образом, к настоящему времени в отечественной литературе известны пять изданий «Очерков

[14] Известно несколько русских икон с изображенными на них святителем Лукой и хирургическими инструментами в стерилизаторе или россыпью.

гнойной хирургии» святителя Луки (В. Ф. Войно-Ясенецкого) 1934, 1946, 1956, 2000 и 2016 гг. Анализ показал, что самым редким является первое издание «Очерков» (1934), а самым полным – второе издание в авторской редакции, отмеченное Сталинской премией (1946). Третье издание (1956) аналогично второму, при этом дополнено сведениями об антибактериальном лечении гнойных заболеваний и данными о гнойной хирургии 1950-х годов (В. И. Колесов). Четвертое издание (2000) ошибочно названо пятым, является аналогичным третьему и дополнено вступлением (Ю. Л. Шевченко), предисловиями и комментариями двух редакторов (С. А. Гешелина и Н. Н. Волобуева), впервые изданным богословским трудом автора «Наука и религия» и эссе о его жизни и творчестве с фотографиями (В. А. Лисичкин). Наконец, пятое издание (2016) аналогично второму, издано в Крыму по благословению Патриарха Московского и всея Руси Кирилла и содержит его вступительное слово. Общий тираж всех изданий (с учетом многочисленных допечаток четвертого) на сегодняшний день превышает 70000 экземпляров.

И, хотя первому изданию «Очерков» исполнилось уже 83 года, они все также актуальны и с интересом изучаются молодыми хирургами, как их изучали в прошлом их предшественники и учителя. А это означает, что книге-легенде XX века со столь непростой судьбой уготована долгая жизнь на столах и книжных полках не только хирургов и врачей смежных специальностей, но и всех, интересующихся историей медицины России и в XXI столетии.

Рис. 15. *Святитель Лука, архиепископ Симферопольский и Крымский, врач*
Fig. 15. *Saint Luka, Archbishop of Simferopol and Crimea, a doctor*

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Иеромонах Макарий Симонопетрский. Синаксарь: Жития святых Православной Церкви: В 6 т. / Адаптир. пер. с франц. М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2011.
[Hieromonach Makariy Simonopetrskiy. Synaxarion: Lives of Saints of Orthodox Church: in 6 volumes / Adapted translation from French M.: The Publishing House of Sretenskiy Monastery, 2011. (In Russ.)].
2. Войно-Ясенецкий В. Ф. (Архиепископ Лука). Я полюбил страдание...: Автобиография. Тульская епархия: Изд-во «Образ», 2011.
[Vojno-Jaseneckij V. F. (Arhiepiskop Luka) I came to love suffering... Autobiography. Tula eparchy: Publishing house "Obraz", 2011 (In Russ.)].
3. Шевченко Ю. Л. Приветствует вас, Святитель Лука, врач, возлюбленный... СПб: Наука, 2007.
[Shevchenko U. L. St. Luka welcome you, beloved doctor... SPb: Science, 2007. (In Russ.)].
4. Глянцев С. П., Андреева А. В., Чецкая Г. Б. Святитель Лука в ссылке в Северном Крае (1931 – 1934 гг.). Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012.
[Glyantsev S.P. St. Luka in deportation in the North End (1931 – 1934). Arhangelsk: Publishing house SGMU, 2012. (In Russ.)].
5. Фокин А. М. Воспоминания об архиепископе Луке. В кн.: Археограф. ежегодник / [отв. ред. С.О. Шмидт]; Археограф. комис. РАН; Фед. архив. агентство. М.: «Наука», 2012; 476 – 483.
[Fokin A.M. Memories of Archbishop Luka. In the book: archeographical annals (responsible editor S.O.Shmidt), archeographical committee of RAN; Federal archival agency. M.: "Science", 2012; 476-483. (In Russ.)].
6. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии. М.-Л.: Биомедгиз, 1934.
[Vojno-Jaseneckij V. F. Sketches of purulent surgery. M. – L.: Biomedgiz, 1934. (In Russ.)].
7. http://orth.narod.ru/articles/o_luka/index.htm
8. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии. 2-е изд., знач. доп. М.: Медгиз, 1946.
[Vojno-Jaseneckij V. F. Sketches of purulent surgery. 2nd edition, M.:Medgiz, 1946. (In Russ.)].
9. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургиии. 3-е изд. Ленинград: Медгиз, 1956.
[Vojno-Jaseneckij V. F. Sketches of purulent surgery. 3nd edition, L.:Medgiz, 1946. (In Russ.)].
10. Марущак Василий, протодиакон. Святитель-хирург. Житие архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого) под ред. В. Марущак. М.: Даниловский благовестник, 2010.
[Marushak Vasiliy, protodeacon. Saint surgeon. Life of Archbishop Luka (Vojno-Jaseneckij) by Ed. V. Marushak. M.: Danilovskiy evangelist, 2010. (In Russ.)].
11. Войно-Ясенецкий В. Ф. (Архиепископ Лука). Очерки гнойной хирургии. 5-е изд. М.: «Невский диалект», 2000.
[Vojno-Jaseneckij V. F. (Arhiepiskop Luka) Sketches of purulent surgery. 5th edition M: Nevskiy dialect, 2000. (In Russ.)].
12. Войно-Ясенецкий В. Ф. (Архиепископ Лука). Очерки гнойной хирургии. 4-е изд. – М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 2006.
[Vojno-Jaseneckij V. F. (Arhiepiskop Luka) Sketches of purulent surgery. 4th edition M: ZAO "Publishing house BINOM", 2006. (In Russ.)].
13. Войно-Ясенецкий В. Ф. (Святитель Лука). Очерки гнойной хирургии. 6-е изд. Симферополь: Издание Симферопольской и Крымской епархии, 2016.
[Vojno-Jaseneckij V. F. (Saint Luka) Sketches of purulent surgery. 6th edition Simferopol: Publishing of Simferopol and Crimea eparchy, 2016. (In Russ.)].

Опыт применения вакуумной терапии в лечении наружных несформированных кишечных свищей

В. А. Додай, Д. Л. Борисов, Ж. И. Терюшкова
Отделение гнойной хирургии и колопроктологии МБУЗ ГКБ №8;
Россия, 454071, г. Челябинск, ул. Горького, д. 28;
Кафедра госпитальной хирургии ЮУГМУ;
Россия, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64

Контакты: *Вадим Александрович Додай, wadim069d@gmail.com*

Введение: *Лечение пациентов с несформированными кишечными свищами (НКС) по сей день остается актуальной проблемой современной хирургии. НКС составляют 1-2 % от всех послеоперационных осложнений при хирургических вмешательствах на органах брюшной полости. Летальность при НКС достигает 20-90 %, при этом максимальному риску подвержены пациенты с высокими тонкокишечными свищами.*

Цель исследования: *Анализ опыта применения вакуумной терапии (negative pressure wound treatment или NPWT, в буквальном переводе – лечение раны отрицательным давлением) при НКС.*

Материалы и методы: *Метод NPWT был применен у 14 больных с НКС после различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Возраст пациентов варьировал от 18 лет до 81 года и составил в среднем 56,9 лет. В исследуемой группе преобладали женщины — 9 человек (64 %).*

Результаты: *Применение NPWT у пациентов с наружными НКС позволяет купировать гнойно-воспалительные осложнения в 2-3 раза быстрее, чем другие методы. Вакуумная терапия также увеличивает возможность самостоятельного закрытия кишечного свища, либо в 1,5-2 раза сокращает сроки преобразования в сформированный трубчатый свищ с меньшим объемом кишечных потерь.*

Заключение: *Использование NPWT в лечении НКС позволяет в короткие сроки купировать гнойно-воспалительные осложнения, усиливает репаративный потенциал окружающих тканей, стимулирует рост грануляционного вала, за счет чего данный метод увеличивает вероятность консервативного закрытия НКС.*

Ключевые слова: *кишечный свищ, несформированный кишечный свищ, вакуумная терапия, терапия отрицательным давлением, консервативное закрытие наружного кишечного свища.*

Для цитирования: *Додай В. А., Борисов Д. Л., Терюшкова Ж. И. Опыт применения вакуумной терапии в лечении наружных несформированных кишечных свищей. Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка, 2016, 3 (4): 24-33*

DOI: 10.25199/2408-9613-2016-3-4-24-33

Experience in vacuum therapy of incomplete intestinal fistula treatment

V. A. Doday, D. L. Borisov, Z. I. Terushkova
Purulent surgery and coloproctology department of MBUZ GKB №8;
28 Gorkiy Str., Chelyabinsk, 454071, Russia
Hospital surgery department of YUGMU;
64 Vorovskiy Str., Chelyabinsk, 454092, Russia

Introduction: *Treatment of patients with incomplete intestinal fistula remains an actual problem of modern surgery. Incomplete intestinal fistula is 1-2 % of all post-surgical complications after surgery in abdominal cavity organs. Mortality with incomplete intestinal fistula gets to 20-90 % and patients with high small intestine fistula are at the biggest risk.*

Study purposes: *Analysis of vacuum therapy (negative pressure wound treatment or NPWT) in cases of incomplete intestinal fistula.*

Materials and methods: *NPWT was applied at 14 patients with incomplete intestinal fistula after different surgeries in abdominal cavity organs. The age of patients was from 18 till 81, the average was 56,9 years. In general, there were females in the study group – 9 ones (64 %).*

Results: *NPWT at patients with external incomplete intestinal fistula allows to stop inflammatory complications two-three times quicker, then other methods. Vacuum therapy also increases the possibility of independent intestinal fistula closure, or the timelines of reformation into formed tube fistula with lower level of intestinal loss is 1,5-2 times less.*

Conclusion: *The use of NPWT in incomplete intestinal fistula treatment allows to stop purulent-inflammatory complications within a short time, increases reparative potential of surrounding tissues, stimulates the growth of granulation bank, due to that this method increases the possibility of incomplete intestinal fistula closure.*

Key words: *intestinal fistula, incomplete intestinal fistula, vacuum therapy, negative pressure wound treatment, conservative external intestinal fistula closure.*

For citation: *Doday V. A., Borisov D. L., Terushkova Z. I. Experience in vacuum therapy of incomplete intestinal fistula treatment. Wounds and Wound Infections. The Prof. B. M. Kostyuchenok Journal, 2016, 3 (4): 24-33.*

Введение

Проблема лечения пациентов с несформированными кишечными свищами (НКС) до сих пор остается не только актуальной, но и одной из самых сложных в современной хирургии, поскольку требует максимальной мобилизации сил медицинского персонала и значительных материальных затрат. НКС составляют 1-2 % от всех послеоперационных осложнений при хирургических вмешательствах на органах брюшной полости [1, 2, 3]. Летальность при НКС достигает 20-90 %, при этом максимальному риску подвержены пациенты с высокими тонкокишечными свищами [1, 2, 3].

НКС – это гнойная рана, в которую через сквозной дефект стенки кишки вследствие несостоятельности швов изливается кишечное содержимое, при этом отсутствует сформированный свищевой ход [4]. Подобные свищи могут открываться как в свободную брюшную полость, так и в гнойную рану брюшной стенки или забрюшинную клетчатку с последующим развитием флегмоны.

На данный момент для практического применения наиболее удобной представляется классификация, предложенная В. И. Белоконевым (2001):

I тип — прорыв кишечного содержимого в свободную брюшную полость с развитием распространенного перитонита.

II тип — свищ открывается в изолированный абсцесс брюшной полости без прорыва содержимого в свободную брюшную полость.

III тип — свищ открывается в гнойную полость, связанную с брюшной стенкой через длинный раневой канал или дренажную трубку, и не имеет сообщения со свободной брюшной полостью.

IV тип — свищ на эвентрированной петле кишки, фиксированной к лапаротомной ране и изолированной от свободной брюшной полости.

V тип — трубчатые и губовидные свищи, сформировавшиеся в ходе лечения свищей других типов, а также стомы, наложенные с лечебной целью [4].

Попытки раннего радикального оперативного лечения НКС далеко не всегда приводят к успешному результату. Известны способы купирования гнойно-деструктивных процессов в ране при помощи мазевых повязок, временной обтурации свища и применения активно-аспирационной системы. Однако, обтурация при НКС неизбежно приводит к увеличению размеров дефекта кишечной стенки. Наилучшие результаты в лечении пациентов с НКС с использованием активно-аспирационной системы были получены по методике Н. Н. Каншина [4]. Но и здесь имеет место ряд сложностей, связанных с трудно корригируемыми потерями химуса и выраженной деструкцией тканей брюшной стенки в области свища.

Метод вакуумной терапии (NPWT) открывает новые перспективы в лечении пациентов с НКС, прежде всего, позволяя произвести быструю санацию гнойно-деструктивного процесса в ране вокруг свища. Его использование приводит к созданию благоприятных условий для консервативного закрытия свища, либо преобразования в сформированный трубчатый свищ с меньшим объемом потерь [5, 6, 7].

Цель исследования

Анализ опыта применения вакуумной терапии (NPWT) в лечении НКС.

Материалы и методы

У пациентов использовались аппараты отрицательного давления «Супрасорб CNP»® фирмы Lohmann&Rauscher и «Vivano» фирмы Hartmann. В группу исследования вошли 14 пациентов с НКС различных отделов кишечной трубки, появившихся за период 2013—2015 гг. Критерий включения в группу – наличие неполного одиночного свища, открывающегося в отграниченную гнойную полость или рану. В группе присутствовали следующие НКС:

1 свищ культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по Бильрот 2;

7 тонкокишечных свищей после: эвентрации – 2, corpus alienum – 1, резекции тонкой кишки – 2, панкреатодуоденальной резекции – 1, формирования холецистоэнтероанастомоза – 1;

3 свища слепой кишки: после аппендэктомии – 2, лимфомы с распадом (параканкрозные осложнения) –1;

3 свища ободочной кишки – после спленэктомии – 1, резекции ободочной кишки – 2.

Метод вакуумной терапии применялся у пациентов с III (9 пациентов – 64 %), IV (3 пациента – 21 %) и II (2 пациента – 14 %) типами свищей по классификации В. И. Белоконева после хирургической обработки гнойного очага (ХОГО).

Группу сравнения составили 38 человек со свищами, появившимися за период 2004—2012 гг. В данной группе были следующие НКС:

16 тонкокишечных свищей после резекции желудка – 6, резекции тонкой кишки – 10 (опухолевые резекции – 4; резекции по поводу ущемленных грыж – 3; аднексэктомии– 3);

5 свищей слепой кишки после аппендэктомии – 4, вследствие распадающейся неудалимой опухоли (лимфосаркома) – 1;

17 свищей ободочной кишки после: спленэктомии – 1, гемиколэктомии – 4, обструктивной резекции ободочной кишки – 7, нефрэктомии – 1, дренирования забрюшинного пространства (по поводу панкреонекроза) – 4.

Характеристика метода NPWT:

Используется переменный режим в диапазоне 30-50 мм рт. ст., при котором на ткани оказывается небольшой присасывающий эффект, не увеличивающий кишечные потери (был выявлен эмпирически).

Перевязка проводится 1 раз в 2-3 дня, при этом каждый раз уменьшается размер губки, заполняющей рану.

Для оценки эффективности метода NPWT учитывали следующие критерии:

1. показатели динамики раневого процесса (площадь раны, цитологическая картина, микробиологический пейзаж);
2. динамика объема кишечных потерь;
3. клинические показатели (температура тела, количество лейкоцитов в периферической крови);
4. отсутствие признаков осложнений свища (мацерация кожи, болевой синдром);
5. сроки лечения (до закрытия свища, трансформации в трубчатый свищ, повторной операции).

Результаты и обсуждение

Благодаря применению метода NPWT у пациентов с НКС были получены следующие данные:

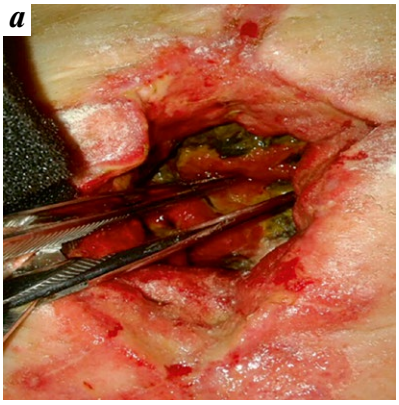
1. в группе исследования у 10 (78 %) пациентов отмечено консервативное закрытие свища, в группе сравнения – у 8 (21 %) человек;
2. гнойно-септические явления в ране свища купированы в группе исследования у 13 (93 %) пациентов, в группе сравнения – у 22 (58 %) человек;
3. в основной группе практически у всех пациентов удалось справиться с гнойными осложнениями и при этом в более короткие сроки (в 2-3 раза быстрее, чем в группе сравнения, где применялись другие методы консервативного лечения);

Рис. 1. *Алгоритм применения NPWT при НКС*
Fig. 1. *Scheme of NPWT use with incomplete intestinal fistula*

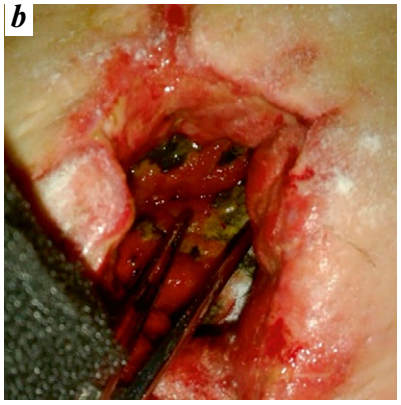
4. снижение кишечных потерь при использовании NPWT происходит в 1,5-2 раза быстрее, чем в группе сравнения;
5. в случаях с билиодигестивными свищами удалось наладить сбор отделяемого (желчь и панкреатический сок) с последующей фильтрацией, бактериологическим анализом и возвратом через назоинтестинальный зонд;
6. опытным путем было выяснено, что работа аппарата отрицательного давления в диапазоне 30-50 мм рт. ст. не обладает значимым присасывающим эффектом для кишечного секрета.

Эффективность метода NPWT при НКС иллюстрируют представленные ниже клинические наблюдения.

Пациент А., *35 лет с НКС культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по Бильрот 2 (III тип свища) – рис. 2 a-f.*

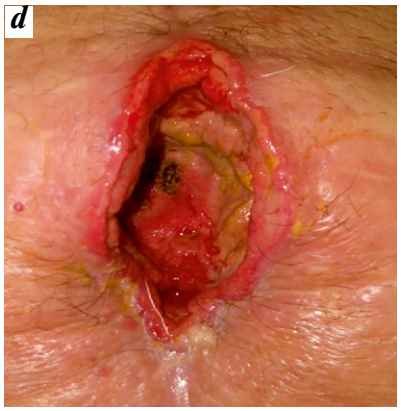


Состояние раны после 2-х перевязок и NPWT, 7-е сутки
Wound condition after 2 wound dressings and NPWT, 7th day

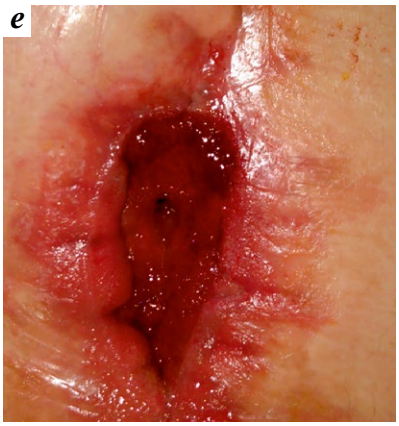


Состояние раны после 2-х перевязок и NPWT, 7-е сутки
Wound condition after 2 wound dressings and NPWT, 7th day

Сбор кишечного секрета в стерильную банку Боброва, фильтрация, бактериологический анализ, возврат в назоинтестинальный зонд
Collection of intestinal discharge into Bobrov's sterile container, filtration, bacteriological test, return into nasointestinal tube



Состояние раны после 3-х перевязок и NPWT, 10-е сутки
Wound condition after 3 wound dressings and NPWT, 10th day. The patient was transferred to purulent surgery department. 4th wound dressing and NPWT, variable conditions -30 /-50 Mmhg



Состояние раны после 4-х перевязок и NPWT, 14-е сутки
Wound condition after 4 wound dressings and NPWT, 14th day

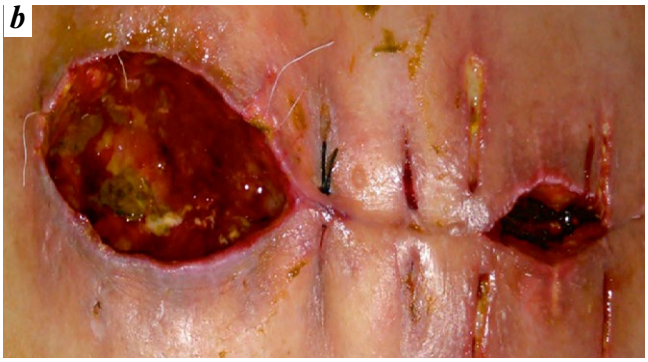
Состояние раны после 5-и перевязок и NPWT, 17-е сутки. Явная тенденция к консервативному закрытию свища
Wound condition after 5 wound dressings and NPWT, 17th day. Obvious tendency to conservative fistula closure

Рис. 2. *Пациент А., 35 лет с несформированным кишечным свищом культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по Бильрот 2 (III тип свища)*
Fig. 2. *Patent A., 35 years old with incomplete intestinal fistula of duodenal stump after Billroth operation 2 (III type if fistula).*

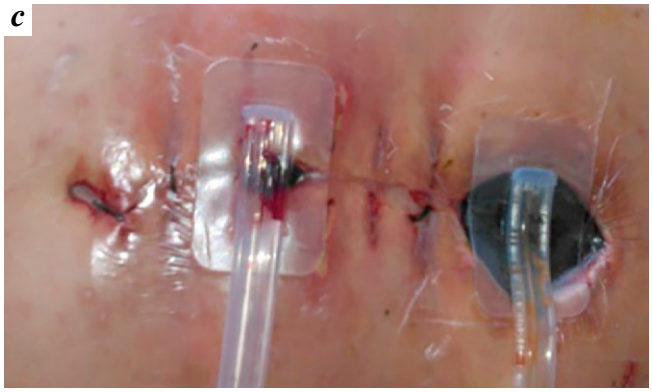
Пациентка Н., *57 лет. Поступила в плановом порядке в онкологическое отделение по поводу рака большого дуоденального сосочка (БДС). Была проведена плановая операция – панкреатодуоденальная резекция (операция Whipple). Через 7 дней зафиксировано нагноение послеоперационной раны. Проведена ревизия послеоперационной раны, некрэктомия, частично сняты швы с лапаротомной раны, установлена несостоятельность гастроэнтероанастомоза (рис. 3 а). Пациентка переведена в реанимационное отделение. Кишечные потери составили около 300-400 мл/сутки.*

Диагностирован несформированный свищ гастроэнтероанастомоза (III тип), пациентка переведена на парентеральное питание, применена NPWT система

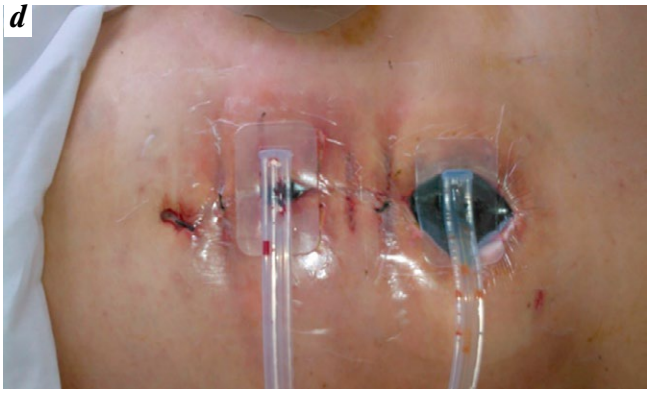
Вид передней брюшной стенки после частичного снятия швов
The view of anterior abdominal wall after partial sutures withdrawal



Состояние раны после 1-й перевязки и NPWT, 4-е сутки
Wound condition after the 1st wound dressing and NPWT, 4th day

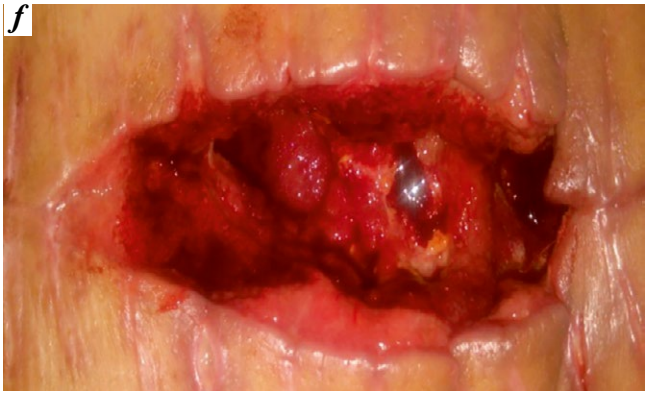


Положение портов NPWT для сбора раневого отделямого
Position of NPWT ports for traumatic discharge collection



Отмечено отсутствие мацерации кожи на фоне NPWT-терапии
There is no macerated skin in presence of NPWT therapy

Состояние раны после 3-х сеансов NPWT, 10-е сутки
Wound condition after 3 NPWT sessions, 10th day



Явная положительная динамика, тенденция к консервативному закрытию свища
Obvious improvement, tendency to conservative fistula closure

Рис. 3. *Пациентка Н., 57 лет с несформированным кишечным свищом гастроэнтероанастомоза после панкреато-дуоденальной резекции (III тип свища)*
Fig. 3. *Patent H., 57 years old with incomplete intestinal fistula of gastro-enteroanastomosis after pancreato-duodenal resection (III type's fistula)*

Suprasorb CNP P1 в постоянном режиме —50 мм рт. ст. (рис. 3 b). За десять дней использования вакуум-терапии рана полностью очистилась, значительно сократились кишечные потери, и пациентка была переведена из реанимации в отделение гнойной хирургии (рис. 3 c-f).

***Пациентка К.,** 59 лет. Поступила в экстренном порядке в абдоминальное хирургическое отделение по поводу ущемления послеоперационной вентральной грыжи. Экстренно выполнено грыжесечение (содержимое грыжевого мешка составила прядь большого сальника и петли подвздошной кишки), резекция пряди большого сальника, энтеролиз и пластика раны местными тканями. Через 7 дней зафиксированы клинические признаки нагноения послеоперационной раны. Выполнена ревизия раны, некрэктомия и частичное снятие швов с лапаротомной раны. По характеру раневого отделяемого диагностирован свищ подвздошной кишки. Пациентка переведена в реанимационное отделение. Кишечные потери составили около 300 мл/сутки.*

Диагностирован несформированный свищ подвздошной кишки (III тип), пациентка переведена на парентеральное питание, применена NPWT система Suprasorb CNP P1 в постоянном режиме —50 мм рт. ст. (рис. 4 a, b). За 11 дней применения вакуум-терапии рана полностью очистилась, кишечные потери значительно сократились, и пациентка была переведена обратно в отделение гнойной хирургии (рис. 4 c, d). Продолжена вакуумная терапия в переменном режиме -30/-50 мм рт. ст. до полного консервативного закрытия НКС.

Первая установка NPWT. Выраженная мацерация кожи вокруг свища
The first installation of NPWT. Obvious macerated skin around the fistula

Рабочее состояние прибора NPWT и внешний вид пациента после перевязки
Working condition of NPWT device and patient's out look after bandage

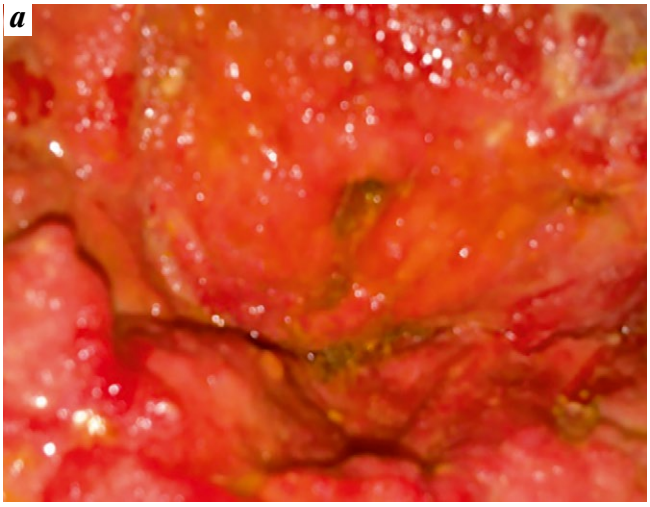
Состояние раны после 2-х перевязок и NPWT, 6-е сутки. Мацерация кожи отсутствует, положительная динамика течения раневого процесса
Wound condition after 3 wound dressings and NPWT, 6th day. No macerated skin, improvement in wound process

Состояние раны после 3-х перевязок и NPWT, 10-е сутки
Wound condition after 3 wound dressings and NPWT, 10th day

Рис. 4. *Пациентка К., 59 лет с несформированным кишечным свищом подвздошной кишки (III тип свища)*
Fig. 4. *Patent K., 59 years old with incomplete intestinal fistula of ileum (III type's fistula)*

Пациентка Л., *63 года. Поступила в экстренном порядке в абдоминальное отделение гнойной хирургии с клиническими признаками флегмоны грыжевого мешка послеоперационной вентральной грыжи. Из анамнеза: около 15 лет назад была прооперирована в районной ЦРБ – выполнено грыжесечение гигантской пупочной грыжи. Проведена экстренная операция – вскрытие флегмоны (удален corpus alienum), некрэктомия, наложены швы-держалки. На операции выявлен кишечный свищ (пролежень стенки подвздошной кишки). Пациентка находилась в реанимационном отделении. Кишечные потери составили около 300 мл/сутки.*

Диагностирован несформированный свищ подвздошной кишки (III тип), пациентка переведена на парентеральное питание, применена NPWT система Suprasorb CNP P1 в постоянном режиме —50 мм рт.ст. (рис. 5 a-d). За 8 дней применения вакуум-терапии рана полностью очистилась, кишечные потери значительно сократились, и пациентка была переведена из реанимации в отделение гнойной хирургии (рис. 5 e). На 11-й день применения вакуум-терапии рану частично ушили с целью уменьшения раневой поверхности (рис. 5 f). Продолжена вакуумная терапия в переменном режиме -30/-50 мм рт. ст. (рис. 5 j, i).

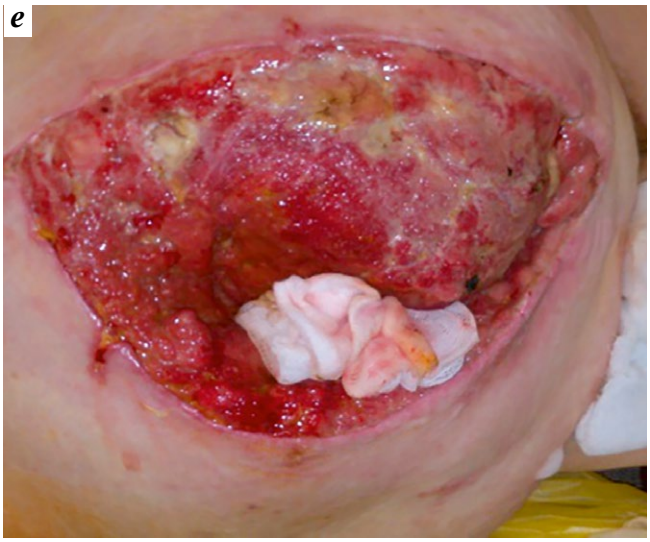


Состояние раны после 1-го сеанса NPWT, 3-и сутки
Wound condition after 1st NPWT session, 3rd day

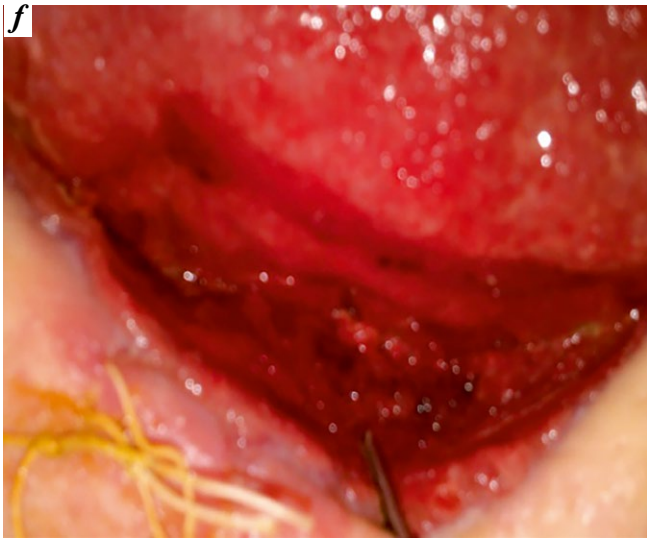
Состояние раны после 2-го сеанса NPWT, 5-е сутки
Wound condition after 2nd NPWT session, 5th day

Вид раны передней брюшной стенки перед наложением NPWT
The view of wound of anterior abdominal wall before NPWT

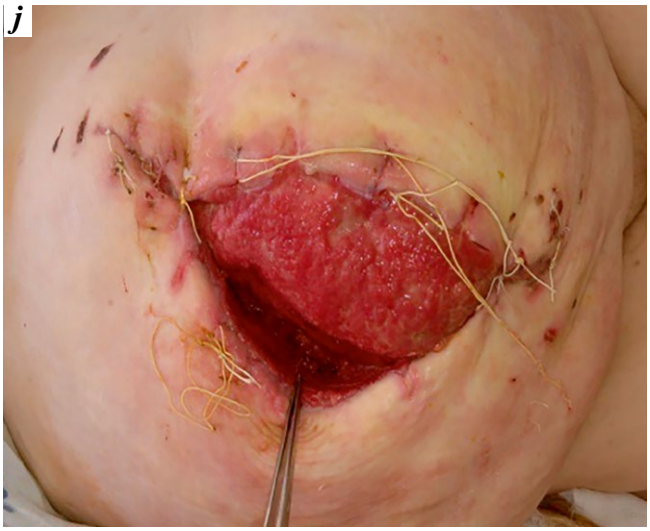
Рабочее состояние прибора NPWT
Working condition of NPWT device



Состояние раны после 3-х перевязок и NPWT, 8-е сутки
Wound condition after 3 wound dressings and NPWT, 8th day



Состояние раны после 4-х перевязок и NPWT, 11-е сутки, по углам раны наложены вторичные швы
Wound condition after 4 wound dressings and NPWT, 11th day, at the corners of the wound here are secondary sutures



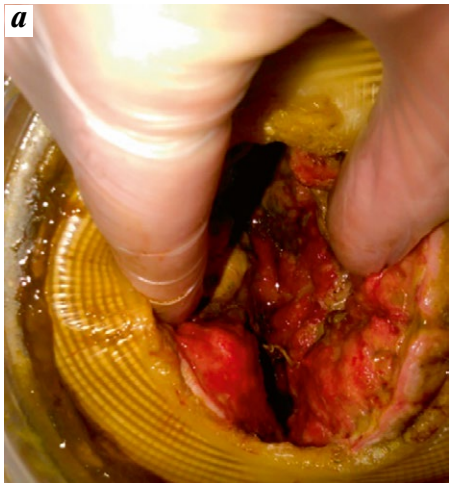
Состояние раны после 5-ти сеансов NPWT, 14-е сутки
Wound condition after 5 NPWT sessions, 14th day

Состояние раны через месяц
Wound condition in a month

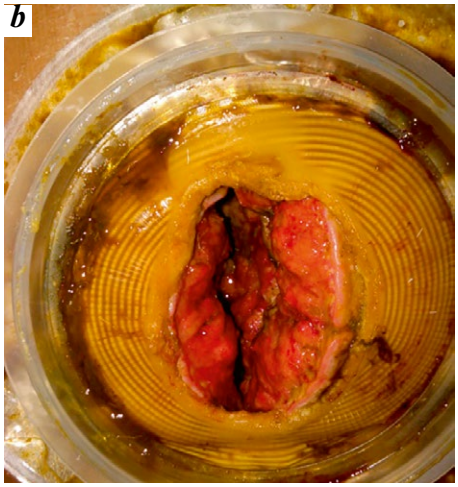
Рис. 5. *Пациентка Л., 63 года с несформированным кишечным свищом подвздошной кишки (III тип свища)*
Fig. 5. *Patent L., 63 years old with incomplete intestinal fistula of ileum (III type's fistula)*

Пациентка С., *48 лет. Поступила в плановом порядке в гинекологическое отделение с подозрением на рак яичников. Была выполнена операция – экстирпация матки, частичный энтеролиз (в анамнезе ряд полостных операций). Через 5 дней зафиксировано нагноение послеоперационной раны. Проведена ревизия послеоперационной раны, некрэктомия, частично сняты швы с лапаротомной раны. По характеру отделяемого из раны диагностирован свищ подвздошной кишки. Пациентка находилась в реанимационном отделении. Кишечные потери составили около 300-400 мл/сутки, был установлен большой послеоперационный калоприемник (рис. 6 a, b). Отмечена отрицательная динамика раневого процесса.*

Диагностирован несформированный свищ тонкой кишки (III тип), пациентка находилась на зондовом питании, применена NPWT система Suprasorb CNP P1 в постоянном режиме — 50 мм рт. ст. (рис. 6 c, d). За 13 дней применения вакуум-терапии рана полностью очистилась, кишечные потери прекратились, пациентка была переведена в отделение гинекологии (рис. 6 e, f). Продолжено открытое ведение раны до заживления вторичным натяжением.

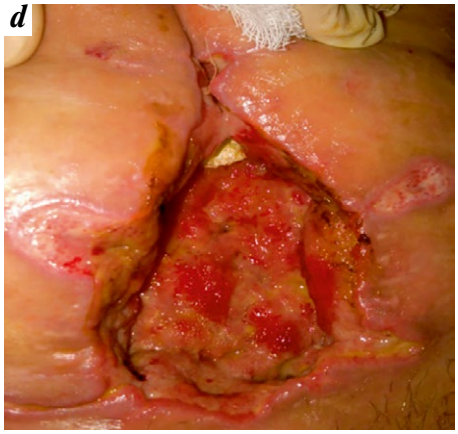


НКС подвздошной кишки
Incomplete intestinal fistula of ileal



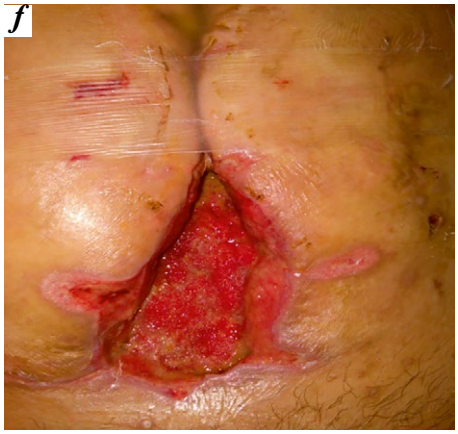
Вид раны после ревизии, санации, установки калоприемника
The view of wound after revision, sanitation, colostomy bag installation

Вид передней брюшной стенки после начала NPWT-терапии
The view of anterior abdominal wall after starting of NPWT therapy



Состояние раны после 2-х перевязок и NPWT, 7-е сутки
Wound condition after 2 wound dressings and NPWT, 7th day

Состояние раны после 3-х перевязок и NPWT, 10-е сутки
Wound condition after 3 wound dressings and NPWT, 10th day



Состояние раны после 4-х перевязок и NPWT, 13-е сутки
Wound condition after 4 wound dressings and NPWT, 13th day

Рис. 6. *Пациентка С., 48 лет с несформированным кишечным свищом тонкой кишки (III тип свища)*
Fig. 6. *Patent S., 48 years old with incomplete intestinal fistula of small intestine (III type's fistula)*

Заключение

Применение метода NPWT у пациентов с наружными НКС позволяет купировать гнойно-воспалительные осложнения в 2-3 раза быстрее, чем другие методы. Вакуумная терапия также увеличивает возможность самостоятельного закрытия кишечного свища, либо в 1,5-2 раза сокращает сроки преобразования в сформированный трубчатый свищ с меньшим объемом кишечных потерь.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Богданов А. В. Свищи пищеварительного тракта. М.: Мокеев, 2001. 197 с.
[Bogdanov A.V. Alimentary tube fistulas. Moscow: Mokeev, 2004. P. 197. (In Russ.)].
2. Белоконев В. И., Измайлов Е. П. Клинические варианты свищей желудочно-кишечного тракта и их лечение. Хирургия, 2000; (12): 8-11.
[Belokonev V. I., Izmaylov E. P. Clinical variants of digestive tract fistulas and their treatment. Surgery, 2000; (12): 8-11. (In Russ.)].
3. Каншин Н. Н. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит. М.: Биоинформсервис, 1999. 116 с.
[Kanshin N.N., incomplete intestinal fistulas and purulent peritonitis. Moscow: Bioinformservis, 1999. P. 116. (In Russ.)].
4. Черноусов А. Ф., Хоробрых Т. В. Консервативное лечение несформированных свищей пищеварительного тракта. М.: Практическая медицина, 2016. 112 с.
[Chernousov A. F., Horobrih T. V. Conservative treatment of incomplete Alimentary tube fistulas. Moscow: Practical Medicine, 2016. P. 112 (In Russ.)].
5. Горюнов С. В., Абрамов И. С., Чапарьян Б. А., Егоркин М. А., Жидких С. Ю. Руководство по лечению ран методом управляемого отрицательного давления. М: Апрель, 2013
[Goryunov S, V., Abramov I. S., Chaparyan B. A., Egorkin M. A., Zhidkih S. Y., Guide for wound treatment with negative pressure wound treatment, Moscow: April 2013 (In Russ.)].
6. Оболенский В. Н., Никитин В. Г., Семенистый А. Ю. и др. Использование принципа локального отрицательного давления в лечении ран и раневой инфекции. В кн.: Новые технологии и стандартизация в лечении осложненных ран. М., 2011; 58-65.
[Obolenskiy V. N., Nikitin V. G., Semenistiy A. Y. et al. Using the principle of local negative pressure in the treatment of wounds and wound infections. In: NewTtechnologies andSstandardization in theTtreatment of Complicated Wounds [Novye tekhnologii i standar tizatsii v lechenii oslpzhnenykh ran. Moscow. 2011; 58—65. (In Russ.)].
7. Bee T. K., Croce M. A., Magnotti L. J. et al. Temporary abdominal closure techniques: a prospective randomized trial comparing poliglactin 910 mesh and vacuum-assisted closure//J. Trauma, 2008; 65(2); 337-342.

Особенности оказания специализированной хирургической помощи пострадавшим при землетрясении в Непале

В. А. Митиш[1,2], Р. Т. Налбандян[1], О. С. Исхаков[1], С. В. Сидоров[1], Д. Ю. Басаргин[1], В. Г. Багаев[1], М. И. Коваленко[1], П. В. Мединский[1], С. Л. Соков[2]

[1]ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения города Москвы; Россия, 119180, Москва, ул. Большая Полянка, 22

[2]ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России; Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 8,2

Контакты: *Налбандян Рубен Тигранович, rubo-@mail.ru*

В статье представлен анализ работы педиатрической бригады (Roshal's Pediatric Team) в процессе оказания специализированной хирургической помощи пострадавшим от землетрясения в Непале 25.04.2015.

Материалы и методы. *С 30.04.2015 по 18.05.2015 бригада российских врачей ГБУЗ «НИИ НДХиТ» ДЗМ оказывала специализированную медицинскую помощь пострадавшим в результате землетрясения в Непале. В состав бригады вошли 7 врачей: 2 хирурга, 2 травматолога, 1 нейрохирург и 2 анестезиолога. За время нахождения в зоне бедствия специалисты провели 621 консультацию больных, из которых 184 – это дети. Комплексное хирургическое лечение потребовалось 59 пациентам (32 взрослым и 27 детям), возраст пациентов варьировал от 3 до 80 лет. У всех пострадавших открытые повреждения мягких тканей и костей осложнились присоединением гнойной инфекции. Закрытые травмы были представлены повреждениями конечностей и позвоночника, при этом наиболее часто встречались травмы нижних конечностей – 39 (49,3 %) больных. Среди них большинство составили повреждения голени – 21 (53,8 %), далее следуют верхние конечности – 13 (19,7 %) с преимущественной локализацией в области плеча – 6 (46,2 %).*

Результаты. *Всего бригада произвела 115 оперативных вмешательств 59 пациентам, выполнила 362 перевязки и оказала 235 анестезиологических пособий. В процессе лечения гнойно-некротических ран были проведены 52 хирургические обработки, при этом 30,7 % больных в дальнейшем потребовалась повторная манипуляция. Для местного применения использовали многокомпонентные мази на полиэтиленгликолевой основе (69,4 %) и растворы йодофоров (30,6 %). Спустя 10-14 суток после хирургической обработки гнойно-некротических очагов, появившихся в результате одномоментного воздействия травмирующего агента, и через 14-18 суток при синдроме длительного раздавливания (краш-синдром) раны были готовы к окончательному этапу лечения. Для замещения дефектов и закрытия раневых поверхностей специалисты бригады использовали различные реконструктивные и пластические операции: пластика местными тканями (48,1 %), пластика методом дозированного тканевого растяжения (29,7 %), пластика кожно-фасциальным лоскутом с осевым типом кровоснабжения (3,7 %), пластика свободным расщепленным аутодермальным трансплантатом (18,5 %).*
Во всех случаях хирургического лечения пациентов с открытыми повреждениями костей и мягких тканей был достигнут удовлетворительный результат. Только у 2 (3,4 %) пациентов врачи отметили незначительные явления краевого некроза лоскута, которые затем успешно были купированы в процессе перевязок. Одному взрослому пациенту с диагнозом «влажная гангрена голени, сепсис» по жизненным показаниям выполнили ампутацию на уровне верхней трети голени.

Выводы. *Использование активного хирургического лечения и конвейерный метод обеспечения анестезиологического пособия (сразу на двух столах) позволили сократить сроки выздоровления и значительно повысить качество лечения. Несмотря на некоторые организационные трудности бригаде удалось справиться с гнойно-воспалительными осложнениями, отказаться от ранее планируемых местными хирургами ампутаций в пользу менее радикальных вмешательств, а также применить ранние реконструктивные и пластические операции даже в условиях чрезвычайной ситуации.*

Ключевые слова: *землетрясение в Непале 2015, специализированное хирургическое лечение, медицина катастроф, стратегия оказания помощи, обширные дефекты мягких тканей, скелетная травма, раневая инфекция, краш-синдром, реконструктивные и пластические операции.*

Для цитирования: *Митиш В. А., Налбандян Р. Т., Исхаков О. С., Сидоров С. В., Басаргин Д. Ю., Багаев В. Г., Коваленко М. И., Мединский П. В., Соков С. Л. Особенности оказания специализированной хирургической помощи пострадавшим при землетрясении в Непале. Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка 2016; 3(4): 34-49.*

DOI: 10.25199/2408-9613-2016-3-4-34-49

Specifics of rescuing specialized surgical operation for earthquake-stricken in Nepal

V. A. Mitish[1,2], R. T. Nalbandian[1], O. S. Iskhakov[1], S. V. Sidirov[1], D. U. Basargin[1], V. G. Bagaev[1], M. I. Kovalenko[1], P. V. Medinskiy[1], S. L. Sokov[2]

[1]Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Traumatology, Moscow Healthcare Department; 22 Bol'shaya Polyanka St., Moscow, 119180, Russia;

[2]Russian Peoples Friendship University, Ministry of Education and Science of Russia; 8 Miklukho-Maklaya St., Moscow, 117198, Russia

There is work analysis of pediatric team (Roshal's Pediatric Team) while rescuing specialized surgical operation for earthquake-stricken in Nepal 25.04.20015.

Materials and methods. *Team of Russian doctors of GBUZ NII NDHiT DZ of Moscow rescued specialized medical operation for earthquake-stricken in Nepal from 30.04.2015 to 18.05.2015. The team consisted of 7 doctors: 2 surgeons, 2 traumatologists, 1 neurosurgeon and 2 anesthesiologists. During that period the team performed: 621 patients' consultation, among which 184 are children. 59 patients needed complex surgical treatment. 32 of them were adults and 27 children. The age of patient was from 3 to 80 years. Open traumas of soft tissues and bones were complicated with purulent infection at all patients. Close traumas were represented by limb injuries and back bone trauma. The most often cases were lower limb injuries - 39 (49,3 %) patients. Among them the most part was with lower leg injuries – 21 (53,8 %). The second place took upper limbs traumas – 13 (19,7 %) with localization in shoulder area – 6 (46,2%).*

Results. *115 operartions were done for 59 patients, 362 bandages and 235 anaesthetic support were done. 52 surgical d-bridements were performed at purulent-necrotic wounds treatment, and 30,7 % needed repeated surgical d-bridement. For local treatment polypharmaceutical ointments based on polyethyleneglycol were used — 69,4 % and iodiphor solutions — 30,6 %. Wounds were ready for final phase of surgical treatment 10-14 days later after surgical d-bridement of purulent-necrotic places, which appeared due to one-time impact of traumatic agent, and 14-18 day later at crush syndrome. For substitution of wound defects and closing of wound surfaces different reparative and plastic operation were used: local tissues plasty of wound (48,1 %), dosed tissue stretching plasty of wound (29,7 %), fasciocutaneous flap with axial type of blood supply (3,7 %), free split autodermotransplantate plasty of wound (18,5 %). In all cases of patient treatment with open soft tissue and bone injuries a positive result was achieved. Only 2 (3,4 %) patients had some marginal flap necrosis, which was neutralized during next bondages. One patient had humid gangrene and sepsis of lower leg and it was decided to perform amputation at the level of upper third part of lower leg.*

Conclusions. *The use of both methods: active surgical treatment and conveyor belt method of anesthesia providing (on two tables simultaneously) allowed to decrease timelines for recovering and improve treatment quality. Despite some organizational difficulties they could managed with purulent-inflammatory complications, refused from amputations planned by local surgeons and did reparative and plastic operation even in emergency conditions.*

Key words: *earthquake in Nepal 2015, specialized surgical treatment, disaster medicine, assistance strategy, widespread defects of soft tissues, orthopedic trauma, wound infection, crush syndrome.*

For citation: *Mitish V. A., Nalbandian R. T., Iskhakov O. S., Sidirov S. V., Basargin D. U., Bagaev V. G., Kovalenko M. I., P. V. Medinskiy, Sokov S. L. Specifics of rescuing specialized surgical operation for earthquake-stricken in Nepal. Wounds and Wound Infections. The Prof. B. M. Kostyuchenok Journal 2016; 3(4): 34-49.*

Актуальность

При оценке многолетнего опыта работы во время землетрясений исследователи определили ряд медицинских проблем, среди которых основной является сложная медико-тактическая обстановка в очаге катастрофы, обусловленная разрушением местных медицинских учреждений и даже частичной гибелью их персонала [1]. Как правило, при массовом поступлении пострадавших число нуждающихся в медицинской помощи часто значительно превышает реальные возможности местных лечебных учреждений, в особенности педиатрического профиля. Среди травм особое место занимают обширные повреждения мягких тканей и костей, вызванные мощным одномоментным воздействием или длительным сдавливанием обломками зданий при обвалах (краш-синдром) и, соответственно, требующие специализированного хирургического лечения [2, 3].

Данная ситуация вызывает необходимость экстренного привлечения дополнительных медицинских ресурсов в районы стихийного бедствия. Из-за постоянного возникновения организационных проблем затягиваются сроки начала оказания специализированной помощи, что, в конечном итоге, приводит к ухудшению результатов лечения [4, 5].

Особенности повреждений при массовых катастрофах мирного времени обусловлены видами основных поражающих факторов и условиями их воздействия. Так при стихийном бедствии повреждения, как правило, носят однотипный характер из-за одновременного воздействия поражающего фактора на большое число людей, находящихся в примерно одинаковых условиях. Объем и характер повреждений зависит от материалов, используемых в строительстве, и качества инженерных технологий [6].

Материал и методы

25 апреля 2015 г. в 11:56 по местному времени в Непале произошло разрушительное землетрясение магнитудой 7,8 баллов. Эпицентр землетрясения находился в районе Горкха в 80 км к северо-западу от столицы — Катманду. Очаг землетрясения залегал на глубине 15 км. Подземные толчки сотрясали всю территорию Непала, а самый крупный афтершок магнитудой 6,7 баллов был зарегистрирован 26 апреля в 12:54 по местному времени.

Предварительная оценка показала, что в 14 наиболее серьезно пострадавших районах (Бхактапур, Дхадинг, Долакха, Горкха, Катманду, Кавре, Лалитпур, Рамечхап, Расува, Синдхупалчок и др.) были полностью разрушены свыше 80 % домов. Землятрясение нанесло урон более чем 25 больницам и 900 другим медицинским объектам (сельские медпункты, аптеки и т.п.). В долине Катманду пострадали вековые постройки и объекты всемирного наследия ЮНЕСКО: площади Дурбур в Катманду, Патане и Бхактапуре. Под снежными лавинами оказались альпинисты в базовых лагерях у подножья Эвереста.

Огромные фрагменты разрушенных зданий ограничивали доступ в разрушенные районы и препятствовали операции по спасению жизни пострадавших. Для эвакуации людей с высоты более 3000 м требовались специалисты-альпинисты и соответствующее оборудование. 26 апреля 2015 года в связи с тяжелыми разрушительными последствиями землетрясения правительство Непала объявило чрезвычайное положение в наиболее пострадавших районах и попросило международной гуманитарной поддержки.

12 мая в 12:50 по местному времени произошло повторное землетрясение магнитудой 7,3 балла. Эпицентр находился в 76 км к северо-востоку от Катманду в административном округе Синдхупалчок, уже пострадавшем от происшествия 25 апреля. Очаг землетрясения залегал на глубине 10 км. После этого было зарегистрировано несколько десятков афтершоков максимальной магнитудой до 5,6 балла (рис. 1).

По данным ВОЗ на 22 января 2016 год, катастрофические последствия землетрясения коснулись 5,6 миллионов людей, из которых 8960 погибли, 22322 получили травмы, 7324 перенесли оперативное вмешательство, а 2,8 миллиона были вынуждены искать новое жилье или переезжать (рис. 2, 3).

В пострадавших районах работали 46 национальных и 99 иностранных медицинских команд. В состав последних вошло 2073 человека: 814 докторов, 894 парамедика и 365 медсестер. Они оказывали первую помощь прямо в местах проведения операций по извлечению пострадавших из-под завалов и специализированную помощь в стационарах. Большинство пострадавших были эвакуированы и транспортированы в ведущие клиники столицы (г. Катманду) [7].

Рис. 1. *Непал, 2015 г. Эпицентр землетрясения и наиболее крупные афтершоки (рисунок взят с сайта ВОЗ)*
Fig. 1. *Nepal, 2015. Earthquake focus and the largest aftershocks (the picture is taken from site of WHO)*

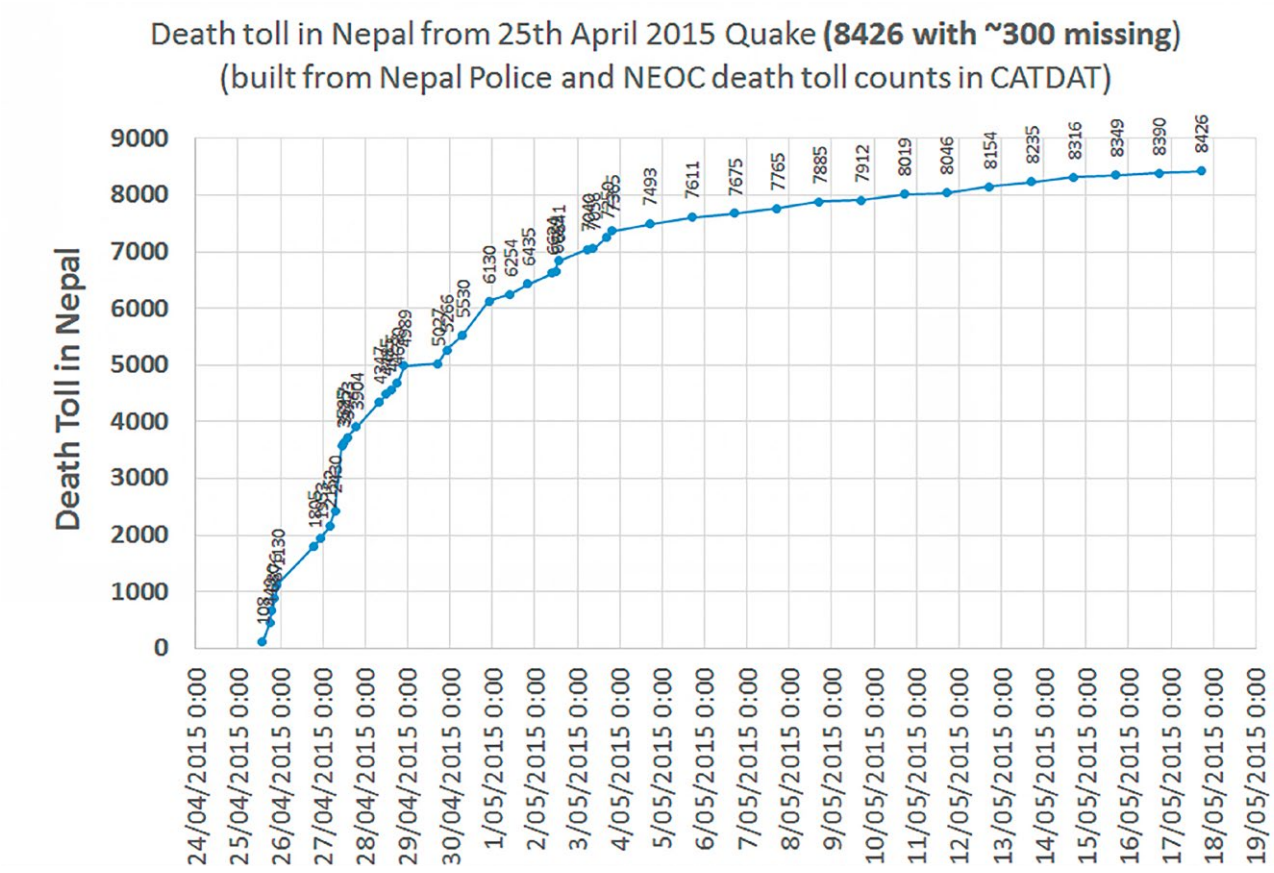


Рис. 2. *Непал, 2015 г. Количество погибших в результате землетрясения. Данные ВОЗ от 25.04.2015*
Fig. 2. *Nepal 2015. Graphical representation of died after earthquake. Information of WHO dated 25.04.2015*

Рис. 3. *Окончательные данные ВОЗ от 18 июня 2015 года о количестве пострадавших в результате землетрясения в Непале*
Fig. 3. *Final information of WHO dated 18 June 2015 about the number of died after earthquake in Nepal*

Рис. 4. *Госпитали в Непале, в которых бригада российских врачей проводила операции: Grande International Hospital, Bir Hospital, Shree Birenda (Army) Hospital, Dhulikhel Hospital*

Fig. 4. *Hospitals in Nepal, where they spent the operations of the Russian doctors: Grande International Hospital, Bir Hospital, Shree Birenda (Army) Hospital, Dhulikhel Hospital*

30 апреля 2015 года команда российских врачей из научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы в составе 7 человек была направлена в Непал с миссией оказания специализированной хирургической помощи пострадавшим в землетрясении детям и взрослым. Команда детских врачей (Roshal's Pediatric Team) состояла из 2 хирургов, 2 травматологов, 1 нейрохирурга и 2 анестезиологов. Члены группы находились в зоне бедствия с 30.04.15 по 18.05.15.

Согласно стратегии оказания специализированной хирургической помощи пострадавшим при чрезвычайной ситуации, разработанной на основании результатов оказания помощи при крупнейших землетрясениях за последние 25 лет, в первые часы и дни деятельность бригады была направлена на решение следующих задач:

• организация специализированного хирургического центра («Центр») по лечению тяжелых повреждений мягких тканей и костей, а также гнойно-некротических осложнений на базе сохранившегося и функционирующего медицинского учреждения;

• организация консультативной работы во всех местах дислокации пострадавших с целью поиска наиболее тяжелых больных и их возможного перевода в организованный «Центр», либо при отсутствии возможности перевода (обычно вследствие тяжести состояния пациентов) оказания специализированной помощи на месте;

• комплексное специализированное хирургическое лечение пострадавших [8, 9].

Для реализации разработанной стратегии оказания специализированной помощи по прибытии на место катастрофы мобильная бригада была

разделена на 2 группы. Первая совместно с местными врачами организовывала «Центр» на базе Grande International Hospital, распределяла коечный фонд и приступила к оказанию специализированной медицинской помощи, куда вошла хирургическая (включая реконструктивные и пластические операции), травматологическая и нейрохирургическая. Вторая группа в течение первых 2-3 дней осуществляла консультативную деятельность в других госпиталях и местах концентрации пострадавших, проводила отбор наиболее тяжелых больных, формировала план обследования и лечения пациентов. Однако в силу локальных политических причин скоординировать работу между администрациями госпиталей по вопросу перевода наиболее тяжелых пациентов в организованный «Центр» не удалось, в результате чего основную работу проводили в 4-х крупных госпиталях: Grande International Hospital, Bir Hospital, Shree Birenda (Army) Hospital, Dhulikhel Hospital (рис. 4).

За время нахождения в зоне бедствия специалисты провели 621 консультацию больных, из которых 184 – это дети. Комплексное хирургическое лечение потребовалось 59 пациентам (32 взрослым и 27 детям). Возраст пациентов варьировал от 3 до 80 лет. Открытые повреждения мягких тканей и костей у всех пострадавших осложнились присоединением гнойной инфекции. Закрытые травмы были представлены повреждениями конечностей и травмой позвоночника, при этом наиболее часто встречались повреждения конечностей – 39 (49,3 %) больных. Среди них большинство составляли составили травмы голени – 21 (53,8 %), далее следуют верхние конечности – 13 (19,7 %) с преимущественной локализацией в области плеча – 6 (46,2 %) (табл. 1).

Таблица 1. *Локализация повреждений мягких тканей и костей (без учета спинальной травмы)*

Локализация Localization	Количество случаев Number of cases (n=66)	
	Абс.	%
Голова Head	8	12,1
Плечо Shoulder	6	9,1
Предплечье Forearm	5	7,6
Кисть Hand	2	3,0
Тело Body	4	6,1
Таз Pelvis	2	3,0
Бедро Thigh	11	16,7
Голень Shin	21	31,8
Стопа Foot	7	10,6
Всего: Total	66	100

У 59 больных было диагностировано 79 поврежденных сегментов. Поражение нескольких сегментов выявлено у 16 (27,1 %) пациентов: 2 анатомических сегмента тела – у 12 (20,3 %) человек, 3 и более сегментов – в 4 (6,8 %) случаях.

Среди пострадавших преобладали пациенты с открытыми повреждениями мягких тканей и костей: гнойные раны мягких тканей – 21 (35,6 %), открытые переломы, осложненные остеомиелитом, – 8 (13,6 %). С клиникой краш-синдрома поступило 7 (11,9 %) больных (табл. 2). Площадь раневых поверхностей варьировала от 10 до 500 см^2. Повреждения в пределах кожи и подкожно-жировой клетчатки составили 30,6 %, мышечная ткань была затронута в 33,3 % случаев, поражение во всю глубину сегмента врачи диагностировали у 36,1 % пациентов.

У всех пациентов с обширными повреждениями мягких тканей и костей наблюдался осложненный характер течения травмы в виде присоединения раневой инфекции, увеличения объема пораженных тканей, усиления интоксикации и ухудшения общего состояния. Это было связано не только с тяжестью самой травмы, но и с тактическими ошибками на предыдущих этапах лечения и при хирургических вмешательствах. К выявленным недостаткам относятся:

- отсутствие адекватной хирургической обработки раны – 22,3 % случаев;
- первичное закрытие размозженных ран – 33,3 % больных;
- выполнение полузакрытой фасциотомии без рассечения всех фасциальных футляров пораженного сегмента и без ревизии очага поражения – 13,8 % пациентов;
- первичное формирование культи в условиях обширного повреждения мягких тканей и их инфицирования – 13,9 % пострадавших;
- неправильный выбор фиксации открытых переломов на этапах оказания специализированной хирургической помощи – 16,7 % пациентов.

Лечение всех пострадавших с открытыми повреждениями мягких тканей и костей проводили по принципам метода активного хирургического лечения гнойных ран [10]:

Таблица 2. *Распределение повреждений по нозологическим группам*
Table 2. Allocation of patients due to nosological group

Характер поражения Type of injures	Количество случаев Number of cases (n=79)	
	Абс.	%
Открытые повреждения мягких тканей и костей Open injuries of soft tissues and bones		
Изолированная рана мягких тканей Isolated wound of soft issues	16	20,2
Нагноение культи Purulency of stump	5	6,3
Открытый перелом (остеомиелит) Open fracture (osteomyelitis)	8	10,1
Краш-синдром Crush syndrome	7	8,9
Закрытые повреждения костей Closed bone injuries		
Перелом конечности Limb fracture	18	22,8
Перелом позвоночника Spinal fracture	13	16,5
Другие повреждения, не требующие хирургического лечения Other injuries without need of surgical treatment		
Сотрясение головного мозга Concussion of the brain	6	7,6
Закрытая травма груди (ушиб легких) Closed chest injury (contused lung)	4	5,1
Травма костей таза Pelvic bones injury	2	2,5
Всего Total	79	100

1 – радикальная хирургическая обработка раны/гнойного очага с иссечением всех нежизнеспособных тканей;

2 – местное лечение раны многокомпонентными мазями на полиэтиленгликолевой (ПЭГ) основе и растворами йодофоров;

3 – первичная или ранняя иммобилизации фрагментов длинных костей аппаратами внешней фиксации;

4 – первичное или раннее пластическое закрытие раневых поверхностей и замещение дефектов мягких тканей;

5 – первичные или ранние костнопластические операции;

6 – активное аспирационное дренирование полости раны/подлоскутного пространства;

7 – многокомпонентная интенсивная терапия, включающая дезинтоксикационную и антибактериальную терапии.

Все пострадавшие с закрытыми переломами длинных костей (18 больных) были прооперированы с использованием возможностей интрамедуллярного металлоостеосинтеза.

После осмотров и консультаций ряду больных с травмой позвоночника были выполнены КТ и МРТ исследования. Нестабильную позвоночно-спинномозговую травму диагностировали у 13 пациентов, которым потребовалось хирургическое лечение.

У 16 (37,5 %) пациентов с сочетанными и множественными травмами кроме ведущей патологии диагностировали легкую черепно-мозговую травму (сотрясение головного мозга), закрытую травму грудной клетки, ушиб легких (25 %), переломы костей таза без смещения (12,5 %), не требующие хирургического лечения.

Результаты и их обсуждение

Специализированная бригада выполнила 115 оперативных вмешательств и 379 перевязок 59 больным (таб. 3). Анестезиологи и реаниматологи бригады провели 235 анестезиологических пособий, в остальных случаях хирурги и травматологи работали с участием местных врачей-анестезиологов.

Таблица 3. *Количество манипуляций, выполненных пострадавшим в Непале*
Table 3. Number of manipulations performed with injured in Nepal

Количество пролеченных больных Number of treated patients	Количество операций Number of operations	Количество перевязок под наркозом Number of bondages with anesthesia	Количество всех перевязок Number of all bondages	Количество анестезий (всего/ спец. бригада) Number of anesthesia
Дети: 27 Children: 27	61	79	117	140/133
Взрослые: 32 Adults: 32	54	68	115	122/102
Всего: 59 Total: 59	115	147	232	262/235

При лечении гнойно-некротических ран было выполнено 52 хирургические обработки, при этом у 30,7 % пациентов в дальнейшем возникла необходимость проведения повторной манипуляции. Для местного лечения ран с целью перевода раневого процесса во вторую фазу течения применяли многокомпонентные мази на полиэтиленгликолевой основе – 69,4 % и растворы йодофоров – 30,6 %. Раны были готовы к окончательному этапу хирургического лечения в течение 10-14 дней после хирургической обработки гнойно-некротических очагов, развившихся вследствие одномоментного воздействия травмирующего агента (рис. 5-12), и через 14-18 дней при синдроме длительного раздавливания (краш-синдром) (рис. 13-19). Для замещения раневых дефектов и закрытия раневых поверхностей использовали различные методы

Таблица 4. *Структура выполненных хирургических вмешательств*
Table 4. Structure of performed surgical operations

Название операции Name of operation	Количество операций Number of operations	
	Абс. Abs.	%
Хирургическая обработка раны Surgical treatment of wound	52	45,2
Пластика раны местными тканями Local tissues plasty of wound	13	11,3
Пластика раны методом дозированного тканевого растяжения Dosed tissue stretching plasty of wound	8	7,0
Пластика раны кожно-фасциальным лоскутом с осевым типом кровоснабжения Fasciocutaneous flap with axial type of blood supply plasty of wound	1	0,9
Пластика раны свободным расщепленным аутодермальным трансплантатом Free split autodermotransplantate plasty of wound	5	4,3
Ампутация Amputation	1	0,9
Репозиция, гипс Reposition, gypsum	2	1,7
Репозиция, МОС спицы Reposition, MOC pins	2	1,7
Репозиция, МОС TENы Reposition, MOC TENs	8	7,0
Репозиция, МОС аппаратом наружной фиксации Reposition, MOC external fixator mounting	8	7,0
Стабилизирующие декомпрессивные операции на позвоночнике и спинном мозге Stabilising decompressive back bone and spinal cord surgery	15	13,0
Всего Total	115	100

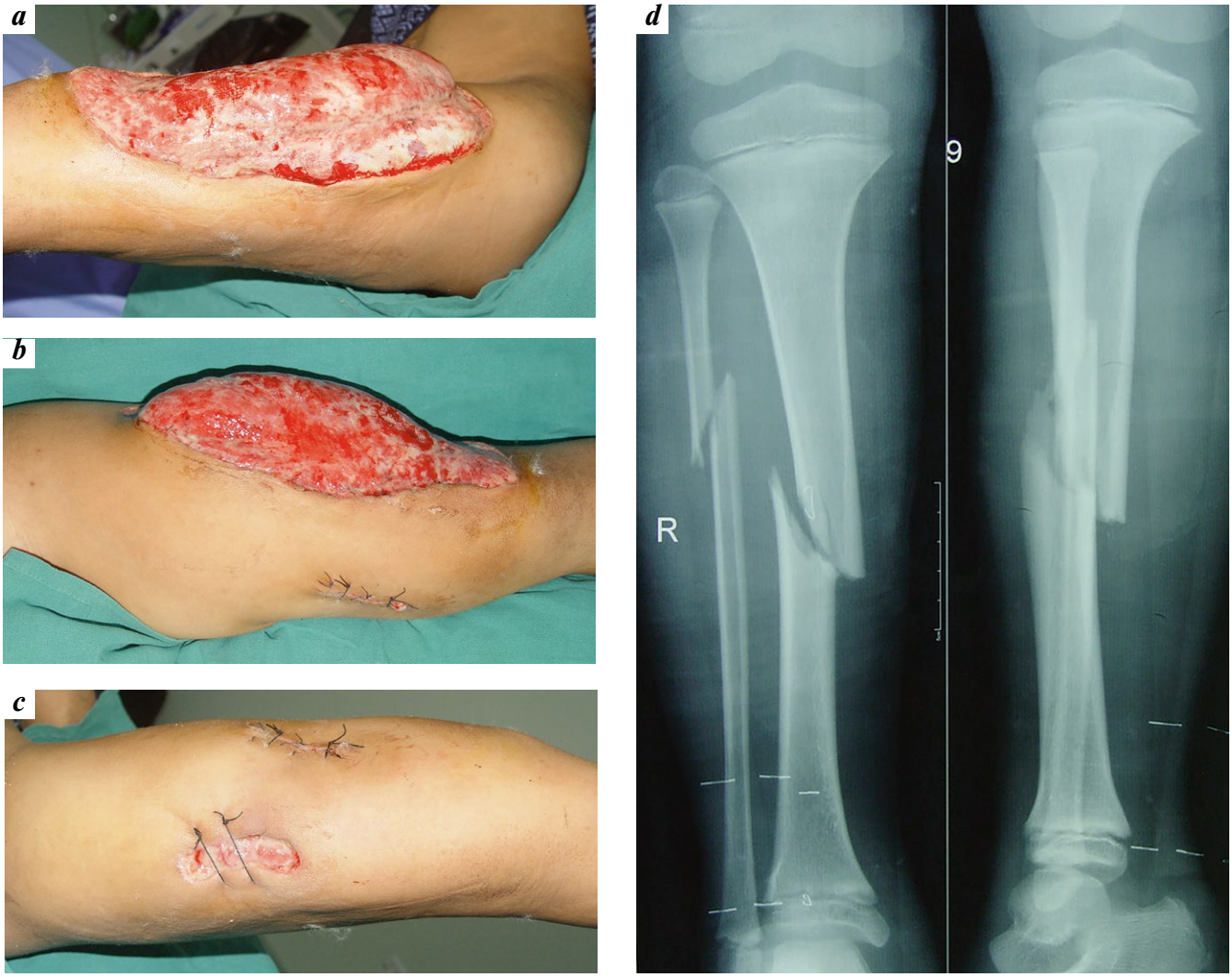


Рис. 5 (а, в, с, d). *Пациент D., 12 лет. Травма 25.04.15 конструкциями разрушенного здания. Диагноз: обширная посттравматическая гнойная рана наружной поверхности левого бедра, посттравматическая гнойная рана внутренней поверхности левого бедра. Открытый перелом обеих костей правой голени*

Fig. 5 (a, в, c, d). *Patient D., 12 years old was injured on April 25, 2015, with elements of a destroyed building. Diagnosis: Extensive posttraumatic purulent wound on the outer surface in the left hip; posttraumatic purulent wound on the inner surface in the left hip. An open fracture of both bones in the right shin*

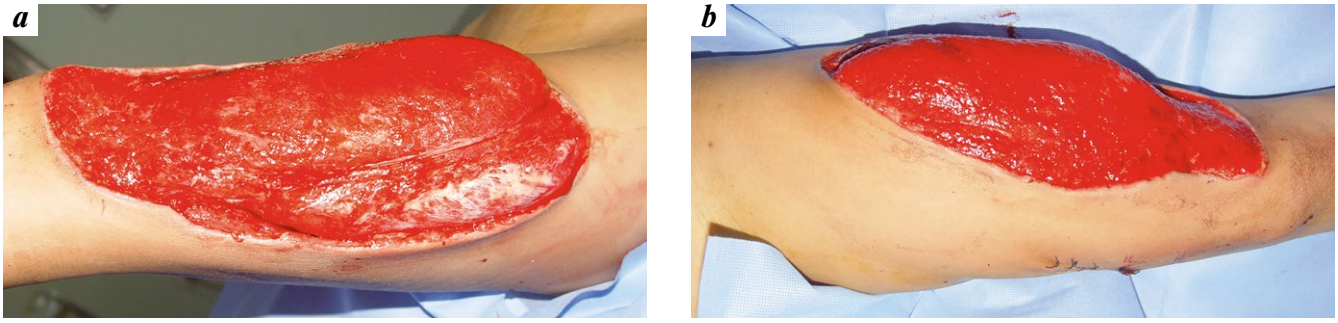


Рис. 6 (а, b). *Вид раны левого бедра на вторые сутки после хирургической обработки*

Fig 6 (a, b). *One can see wounds on the left hip on day 2 after surgical treatment*

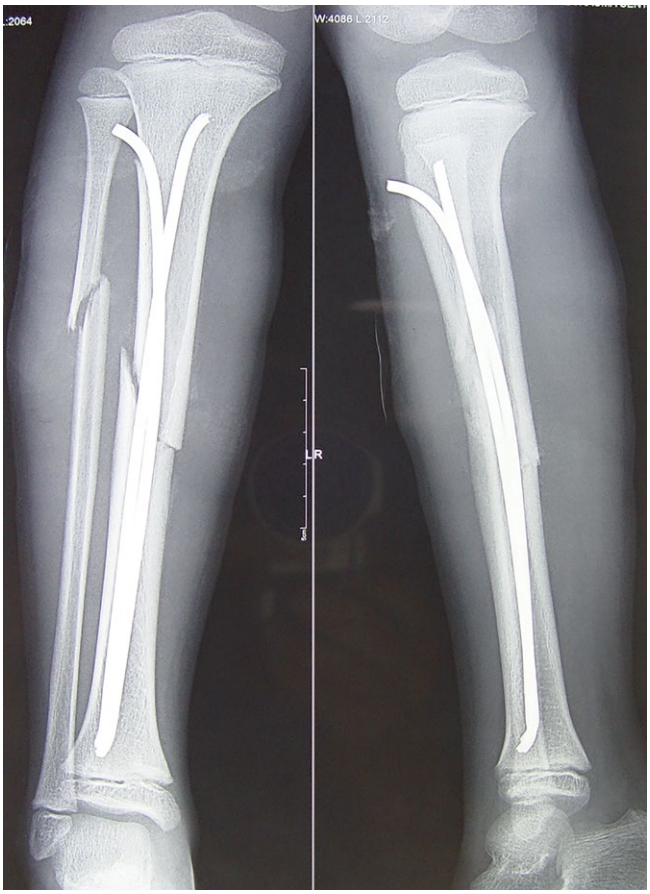


Рис. 7. *Рентгенограмма костей правой голени после репозиции и погружного металлоостеосинтеза большеберцовой кости TEN-ами (выполнено одновременно с хирургической обработкой раны левого бедра)*
Fig. 7. *X-ray of right shin bones after reposition and submerged metalloesteosynthesis of the tibia with TENs (performed simultaneously with surgical treatment of the left hip wound)*

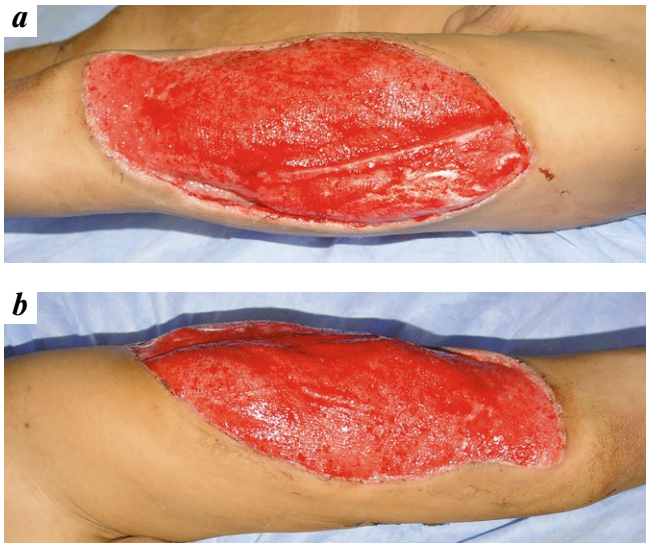


Рис. 8 (a, b). *Вид раны левого бедра на шестые сутки после хирургической обработки. Отёк мышц уменьшился, раневая поверхность покрылась розовыми грануляциями. Клиническая картина второй (регенеративной) фазы раневого процесса. Рана подготовлена к пластическому закрытию*
Fig. 8 (a, b). *The wound on the left hip on day 6 after surgical treatment. Edema of the muscles became less, wound surface is covered with pink granulations. The clinical picture of the second (regenerative) phase of wound process. The wound is prepared for plastic closure*

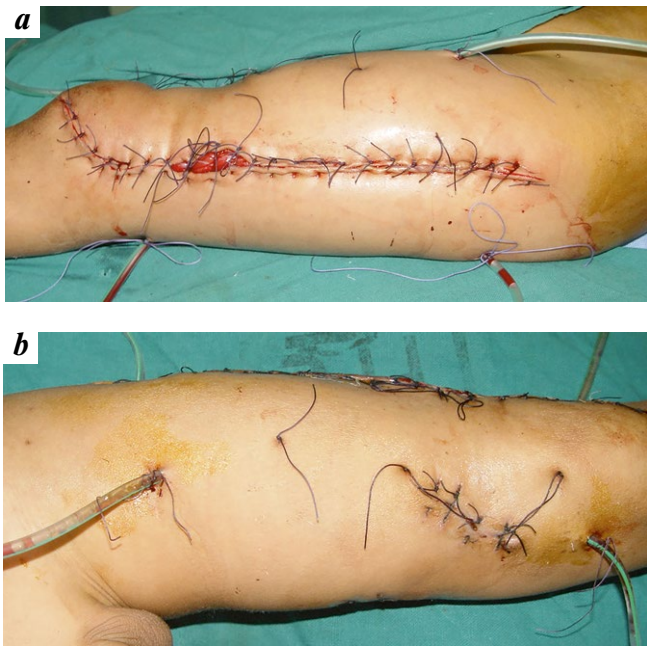


Рис. 9 (a, b). *После широкой мобилизации краев раны левого бедра в виде кожно-фасциальных образований произведена пластика раны местными тканями методом дозированного растяжения (первый этап). Подлоскутные пространства дренированы двумя сплошными перфорированными трубками для активного аспирационного дренирования*
Fig. 9 (a, b). *After wide mobilization of wound margins on the left hip in the form of dermal-fascial formations, the plasty with local tissues by dosed stretching (first stage) was made. Sub-flap spaces are drained with two continuous perforated tubes for active aspiration drainage*

реконструктивной и пластической хирургии (табл. 4): пластика местными тканями (48,1 %), пластика методом дозированного тканевого растяжения (29,7 %), пластика кожно-фасциальным лоскутом с осевым типом кровоснабжения (3,7 %), пластика свободным расщепленным аутодермальным трансплантатом (18,5 %). Во всех случаях лечения пациентов с открытыми повреждениями мягких тканей и костей был достигнут удовлетворительный результат. Только у 2 (3,4 %) пациентов диагностировали незначительные явления краевого некроза лоскута, которые были успешно купированы в процессе последующих перевязок. Одному взрослому пациенту с диагнозом «влажная гангрена голени, сепсис» по жизненным показаниям выполнена ампутация на уровне средней трети голени, а затем – реампутация с сохранением коленного сустава.

У 8 (40,0 %) больных наблюдали осложненные открытые переломы длинных костей 3в типа по классификации Gustilo. Для их лечения применяли

Рис. 10 (a, b, c). *Пятые сутки после первого этапа пластического закрытия раны левого бедра. Произведена окончательная пластика раны по наружной поверхности бедра местными тканями методом дозированного растяжения и пластика раны по внутренней поверхности левого бедра местными тканями*

Fig. 10 (a, b, c) . *Day 5 after the first stage of plastic closure of the left hip wound. The final plasty of the wound along the external surface of the hip with local tissues by dosaged stretching and wound plasty on the inner surface of the left hip with local tissues were made*

Рис. 11. *Вид правой голени на одиннадцатые сутки после металлоостеосинтеза большеберцовой кости и ушивания раны в средней 1/3 голени*

Fig. 11. *Right leg on day 11 after metalloesteosynthesis of the tibia and wound suturing in the middle 1/3 of the tibia*

Рис. 12. *Вид обеих нижних конечностей перед отъездом мобильной бригады домой*

Fig. 12. *Both lower legs right before the mobile team was leaving the place of disaster*

Рис. 13 (a, b). *Пациентка К., 6 лет. Травма 25.04.15 конструкциями разрушенного здания. Краш-синдром левой голени. По месту первичной госпитализации выполнена ампутация левой нижней конечности на границе нижней и средней 1/3 левого бедра с попыткой первичного формирования культи. Послеоперационный период осложнился развитием гнойно-некротической раны культи левого бедра. Вид культи левого бедра на 8 сутки после операции*

Fig. 13 (a, b). *Patient K., 6 years old, was injured on April 25, 2015, with elements of a destroyed building. Crash syndrome of the left tibia. At the first hospital where the patient had been admitted, the left lower limb was amputated at the border of the lower and middle 1/3 of the left hip with the primary formation of a stump . The postoperative period was complicated with purulent- necrotic wound process on the stump of the left hip. Stump of the left hip on day 8 after the surgery*

Рис. 14 (a, b). *Произведена хирургическая обработка раны культи левого бедра*

Fig. 14 (a, b). *After surgical treatment of the stump wound on the left hip*

аппараты внешней фиксации: в 2 случаях выполнили металлоостеосинтез аппаратом Илизарова с резекцией пораженных участков костей, у 6 пострадавших применили стержневые аппараты внешней фиксации. Для стабильной и окончательной фиксации фрагментов травмированных длинных костей без повреждения мягких тканей или с переломами 2 и 3а типа по классификации Gustilo использовали интрамедуллярный металлоостеосинтез спицами и гибкими титановыми гвоздями (Titanium Elastic Nails - TEN) (рис. 5 d, 7,11,12). Данный метод остеосинтеза применили в 10 случаях (50,0 % от всех видов фиксации переломов). 2 (10,0 %) больным для консолидации перелома было достаточно фиксации гипсовой лонгетой. У всех детей с переломами в результате произведенного лечения получены удовлетворительные результаты, достигнута стабильность в выполненном остеосинтезе, восстановлена длина кости и отмечена полноценная консолидация перелома.

13 больным с нестабильной позвоночно-спинномозговой травмой потребовалось хирургическое лечение (рис. 20-23). Большинство (76,9 %) составили пациенты в возрастном диапазоне от 30 до 50 лет, среди оперированных было также 3 детей. Травмы на

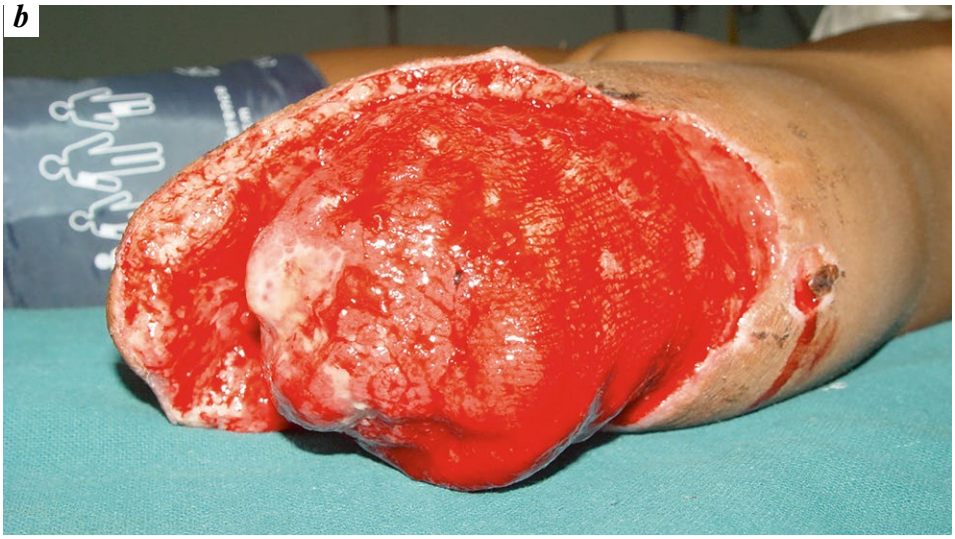


Рис. 15 (a, b). *Одиннадцатые сутки после хирургической обработки раны культи левого бедра. Клиническая картина второй (регенеративной) фазы раневого процесса. Культя бедра подготовлена к пластической реконструкции*
Fig. 15 (a, b). *On day 11 after surgical treatment of the stump wound on the left hip. The clinical picture of the second (regenerative) phase of wound process. The hip stump is ready for plastic reconstruction*

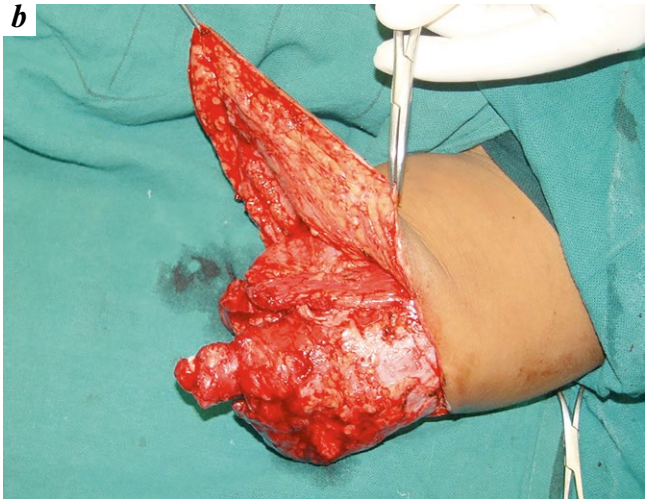
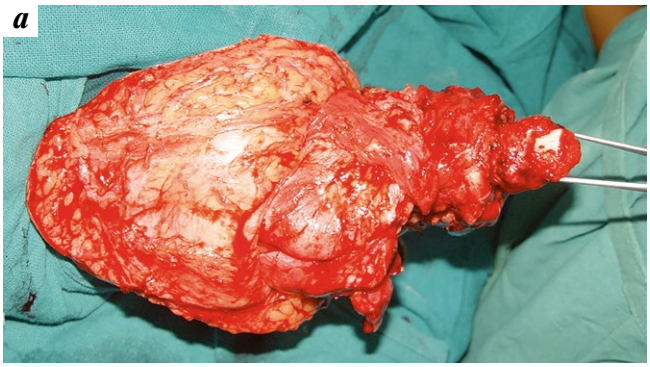


Рис. 16 (a, b). *Произведена мобилизация краев раны (циркулярно) культи левого бедра в виде кожно-фасциального лоскута*
Fig. 16 (a, b). *Wound margin mobilization was made (circularly) in the form of dermo-fascial flap on the stump of the left hip*



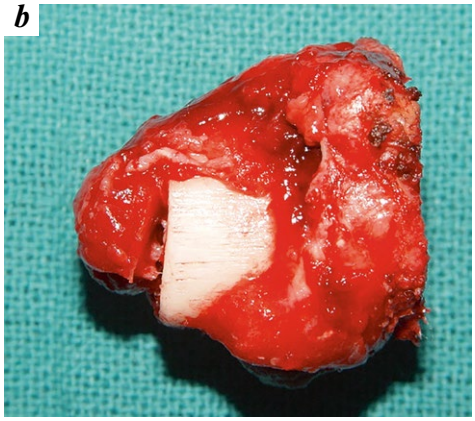


Рис. 17 (a, b). *Обнажен конец культи левой бедренной кости, содержащий участки некроза кортикального слоя и разрастаний костной ткани (a). Произведена концевая резекция культи бедренной кости (b)*
Fig. 17 (a, b). *The end of the stump of the left femur with necrotic sports in the cortical layer and bone tissue overgrowth (a). The end resection of the hip stump (b) was made*

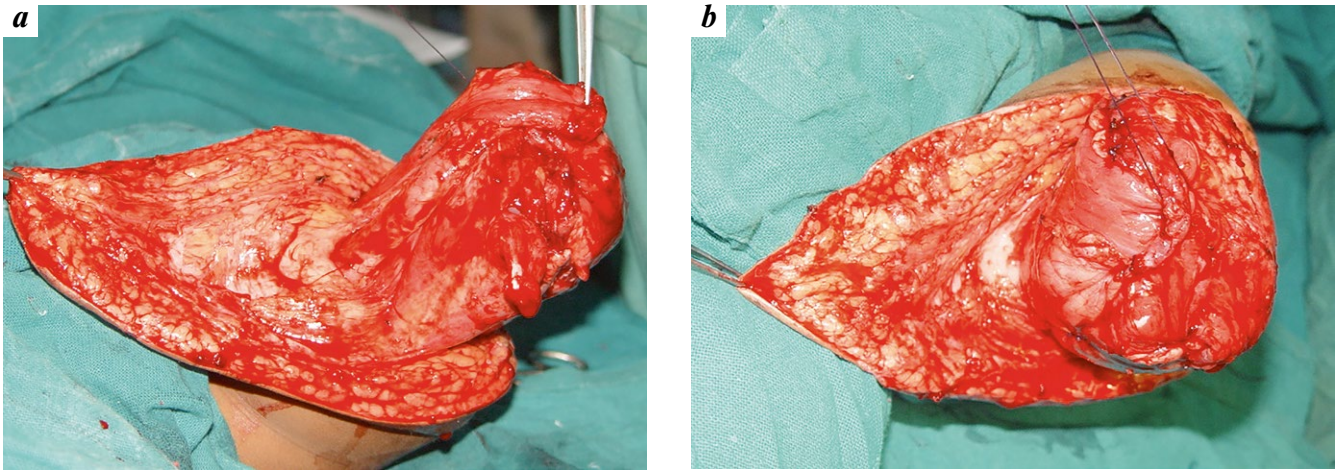


Рис. 18 (a, b). *Этап формирования культи левого бедра. Опил культи левой бедренной кости закрыт путем сшивания мышц-антагонистов над ним*
Fig. 18 (a, b). *The stage of left hip stump formation. The sawed stump of the left hip was closed by suturing muscles-antagonists above it*

Рис. 19 (a, b, c). *Завершающий этап формирования культи левого бедра. Дефект покровных тканей замещен перемещенным кожно-фасциальным лоскутом. Подлоскутное пространство дренировано двумя сплошными перфорированными трубками для активного аспирационного дренирования*
Fig. 19 (a, b, c). *The final stage of stump formation on the left hip. A defect in the cover tissues is replaced with a displaced skin-fascial flap. The sub-flap space is drained with two continuous perforated tubes for active aspiration drainage*

уровне шейного отдела позвоночника диагностировали у 4 пациентов, еще у 4 – на уровне грудного отдела и у оставшихся 5 — повреждение пояснично-крестцового отдела. 13 пациентам специалисты бригады выполнили 15 стабилизирующих декомпрессивных операций на позвоночнике, из них двоим пациентам понадобилась как передняя, так и задняя фиксация. Задние транспедикулярные фиксации (66,7 % случаев) производили титановыми имплантами, а для передних стабилизирующих операций (33,3 % случаев) на шейном, грудном и поясничном отделах использовали сетчатые титановые импланты и аутокости. Всем больным со сдавлением спинного мозга была выполнена декомпрессия спинного мозга, ликвидирован вертебро-медуллярный конфликт и восстановлена ось позвоночника.

Заключение

Опираясь на опыт работы медицинской бригады во всех крупнейших землетрясениях с 1988 года, можно выделить некоторые особенности в оказании помощи пострадавшим в Непале. Среди них, в первую очередь, хочется отметить тот факт, что тесное взаимодействие и плодотворная совместная работа с местными врачами компенсировали невозможность организации единого хирургического «Центра».

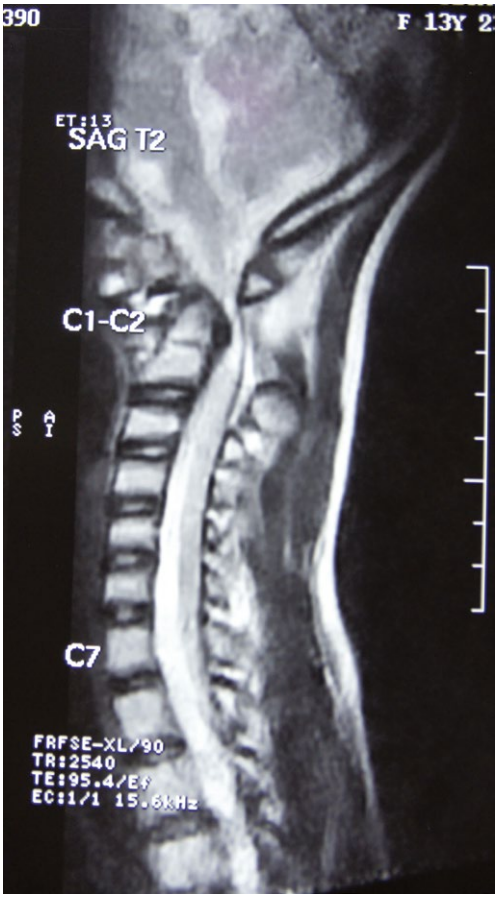


Рис. 20. *Пациентка D., 15 лет. Травма 25.04.15. Диагноз: закрытая осложненная позвоночно-спинномозговая травма. Переломовывих зубовидного отростка C_2 (тип 3) с нарушением функции спинного мозга (ASIA-B)*
Fig. 20. *Patient D., 15 years old, was injured on April 25, 2015. Diagnosis: Closed complicated vertebral-spinal trauma. Fracture-dislocation of the dentiform process C_2 (type 3) with spinal cord function disorders (ASIA-B)*

Рис. 21. *Операция: наложение Галааппарата (галатракция)*
Fig. 21. *Surgery: Putting the Galaapparatus (galatracia)*

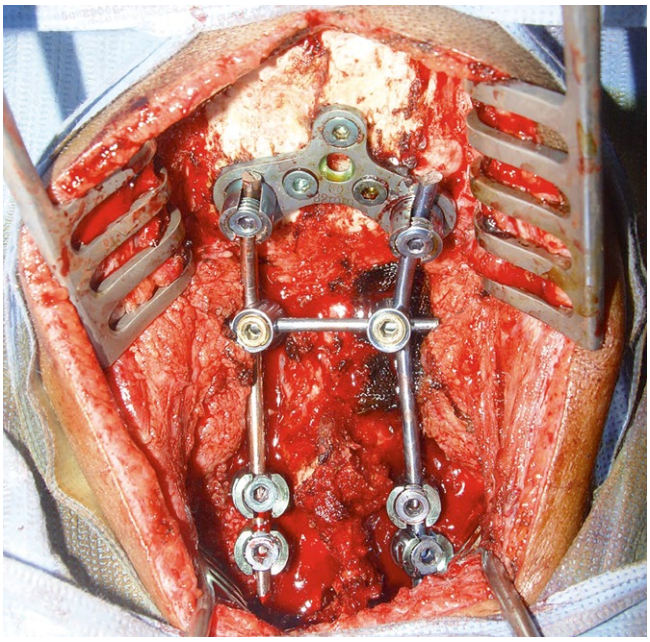


Рис. 22. *Продолжение операции: резекция дуги атланта (C_1 позвонка) и декомпрессия спинного мозга. Окципитоспондилодез титановыми фиксаторами*
Fig. 22. *Continued: Resection of the Athlanic arc (C_1 vertebrae) and decompression of the spinal cord. Oxipitospondilodesis with titanium fixators*

Организационные проблемы, повлекшие невозможность транспортировки пострадавших детей, увеличили количество взрослого контингента, которому была оказана специализированная хирургическая помощь. В результате выпрыгивания людей с высоты во время второго землетрясения (12.05.2015) было зафиксировано большое количество спинальных больных и пациентов с множественной скелетной травмой, в том числе с открытыми повреждениями. Использование активного хирургического лечения и конвейерный метод обеспечения анестезиологического пособия (сразу на двух столах) позволили уменьшить сроки выздоровления, повысить «пропускную» способность операционных и качество лечения больных. Несмотря на некоторые организационные трудности удалось справиться с гнойно-воспалительными осложнениями, отказаться от раннее планируемых местными хирургами ампутаций и применить ранние реконструктивные и пластические операции в условиях чрезвычайно ситуации. Высокое качество оказания специализированной хирургической, травматологической и нейрохирургической помощи во многом было связано с опытом работы специалистов в современных госпиталях, наличием необходимого оборудования (КТ, МРТ, ЭОП), расходных материалов (имплантов), инструментария и полноценным оснащением операционных.

Рис. 23 (a, b). *Одиннадцатые сутки после операции. Регресс тетрапареза*
Fig. 23 (a, b). *Day 11 after the surgery. Regression of tetraparesis*

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Брюсов П. Г. Опыт оказания медицинской помощи пострадавшим при катастрофическом землетрясении 1988 года в Армении. Военный медицинский журнал. 2014; (1): 58-66.
[Bryusov P. G. Experience in delivery of health care at injured in disastrous earthquake of 1988 in Armenia. Military medical magazine = Voennyj medicinskij zhurnal 2014; (1): 58-66. (In Russ.)].
2. Eiseman B., Chandler J. G. Sheriff's Surgeon's Alert: a Trauma Surgeon Responsibility. J Trauma 2003; 54(1): 156-160.
3. Redmond A. D., Mardel S., Taithe B., Calvot T., Gosney J., Duttine A., Girois S. A Qualitative and Quantitative Study of the Surgical and Rehabilitation Response to the Earthquake in Haiti. 2010. Prehospital and Disaster Medicine. 2011; 26(06): 449—456.
4. Мирзоян А. Э., Швед С. И. Современные представления о принципах организации и объеме хирургической помощи при массовых катастрофах (Обзор литературы). Гений ортопедии. 2001; 2: 61-68.
[Mirzoyan A. E., Shved S. I. Modern representations of principal of organization and amount of surgical help in mass disaster (Literature review). Genius of orthopaedy = Genij ortopedii. 2001; 2: 61-68. (In Russ.)].
5. Хрупкин В. И. Организация неотложной специализированной хирургической помощи населению в чрезвычайных ситуациях. Медицина катастроф, скорая и неотложная помощь и экстремальная медицина. 2000; 162-165.
[Hrupkin V. I. Organization of urgent specialized surgical help to people in emergency. Disaster medicine, urgent help and extreme medicine = Medicina katastrof, skoraja i neotlozhnaja pomoshh' i jekstremal'naja medicina. 2000; 162-165. In Russ.)].
6. Cushman J. G., Pachter H. L., Beaton H. L. Two New York City Hospitals Surgical Response to the September 11, 2001, Terrorist Attak in New York City. J Trauma 2003; 54:1: 147-155.
7. Ответные меры ВОЗ в случае тяжелых широкомасштабных чрезвычайных ситуаций. Доклад Генерального директора: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_26-ru.pdf
[Countermeasures of WHO in case of difficult large-scale emergency situations. Report of the CEO: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_26-ru.pdf].
8. Рошаль Л. М., Митиш В. А., Мединский П. В. Специализированная хирургическая помощь детям с открытыми повреждениями, пострадавшим при землетрясениях. Хирургия. 2014; 1: 59-63.
[Roshal L., Mitish V., Medinskiy P., Specialized surgical help to children with open injuries during earthquakes. Surgery = Hirurgija 2014; 1: 59-63. In Russ.)].
9. Mitish V., Roshal L., Medinskiy P., Nalbandyan R. Role of mobile surgical team in treating children with serious injuries after the earthquakes. Difficulties in organizing the mission. Prehospital and Disaster Medicine. 2013; 28:1: 41
10. Кузин М. И., Костючёнок Б. М. Раны и раневая инфекция. 2-е изд. перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. 591 с.
[Kuzin M. I., Kostyuchenok B. M. Wounds and wound infection. 2nd volune reworked and added – Moscow: Medicine, 1990. P. 591. In Russ.)].

Ретроспективный анализ анестезиологического обеспечения пострадавшим при землетрясении в Непале

М. И. Коваленко, В. Г. Багаев, В. А. Митиш, О. С. Исхаков, Д. Ю. Басаргин, С. В. Сидоров, Р. Т. Налбандян
ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения города Москвы;
Россия, 119180, Москва, ул. Большая Полянка, 22

Контакты: *Багаев Владимир Геннадьевич, bagaev61@mail.ru*

Цель. *Проведение ретроспективного анализа анестезиологического обеспечения при оказании специализированной хирургической и травматологической помощи пострадавшим от землетрясения в Непале (2015).*

Материалы и методы. *С 30.04.2015 г. по 18.05.2015 г. бригада российских врачей ГБУЗ «НИИ НДХиТ» ДЗМ оказывала специализированную медицинскую помощь пострадавшим в результате землетрясения в Непале. В состав бригады вошли 7 врачей: 2 хирурга, 2 травматолога, 1 нейрохирург и 2 анестезиолога-реаниматолога. Всего было проведено 235 анестезий у 59 пациентов (32 взрослых в возрасте 36 ± 14 лет и 27 детей в возрасте 7,5 ± 4 лет) с различной хирургической патологией.*

Результаты. *Специалисты бригады провели 98 (41,7 %) ингаляционных, 44 (18,7 %) внутривенных, 39 (16,6 %) сочетанных — внутривенная или ингаляционная с регионарной, 36 (15,3 %) регионарных и 18 (7,7%) эндотрахеальных анестезий. На этапе подготовки раневого процесса к пластическому закрытию у детей использовали преимущественно ингаляционный или внутривенный, а у взрослых пациентов – регионарный метод анестезии. При пластическом закрытии мягкотканных дефектов предпочтение отдали комбинированной эндотрахеальной или сочетанной анестезии. У пациентов со скелетной травмой и при репозициях с металлоостеосинтезом использовали сочетанный метод, совмещая внутривенную или ингаляционную анестезию с регионарной, а эндотрахеальную с эпидуральной. Всем больным также назначили инфузионную, антибактериальную, гемостатическую терапию и обезболивание. В ходе анестезии были зафиксированы следующие осложнения: артериальная гипотензия – 12 (5,1 %) пациентов, «ажитация» после анестезии «Севофлураном» – 32 (13,6 %), длительная постнаркозная депрессия дыхания – 2 (0,9 %). Случаи с летальным исходом отсутствовали.*

Выводы. *Выбор метода анестезии при массовых катастрофах является прерогативой анестезиолога и зависит от сроков оказания хирургической помощи, тяжести состояния пациента, сочетанности, обширности и локализации травмы.*

Ключевые слова: *общая анестезия, регионарная анестезия, комбинированная анестезия, интенсивная терапия, землетрясение в Непале 2015, медицина катастроф, скелетная травма, обширные дефекты мягких тканей, раневая инфекция, краш-синдром.*

Для цитирования: *Коваленко М. И., Багаев В. Г., Митиш В. А., Исхаков О. С., Басаргин Д. Ю., Сидоров С. В., Налбандян Р. Т. Ретроспективный анализ анестезиологического обеспечения пострадавшим при землетрясении в Непале. Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка, 2016; 3(4): 50-57*

DOI: 10.25199/2408-9613-2016-3-4-50-57

Retrospective analysis of anesthesia service for earthquake-stricken in Nepal

M. I. Kovalenko, V. G. Bagaev, V. A. Mitish, O. S. Ishakov, D. Y. Basargin, S. V. Sidorov, R. T. Nalbandyan
Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Traumatology, Moscow Healthcare Department
22 Bol'shaya Polyanka St., Moscow, 119180, Russia

Objective. *Retrospective analysis of anesthesia service while rescuing specialized surgical and traumatological operation for earthquake-stricken in Nepal (2015).*

Materials and methods. *Team of Russian doctors of GBUZ NII NDHiT DZ of Moscow rescued specialized medical operation for earthquake-stricken in Nepal from 30.04.2015 to 18.05.2015. The team sonsisted of 7 doctors: 2 surgeons, 2 traumatologists, 1 neurosurgeon and 2 anesthesiologists. The last ones performed 235 anesthesia at 59 patients (32 adults at the age of 36 ± 14 years and 27 children at the age of 7,5 ± 4 years with different surgical pathology).*

Results. *From the whole number of anesthesia, there were 98 (41,7 %) inhalational anesthesia; 44(18,7 %) intravenous anesthesia; 39 (16,6 %) combined (intravenous and inhalational with regional anesthesia); 36 (15,3 %) regional anesthesia; 18 (7,7 %) endotracheal anesthesia. At the phase of wound process preparation to plastic closing at children, mostly intravenous and inhalational anesthesia were used, and regional anesthesia at adults. At the phase of plastic closing of soft-tissue defects endotracheal or combined anesthesia were used. In presence of orthopedic trauma and reposition with osteosynthesis combined anesthesia was used - intravenous or inhalational anesthesia with regional anesthesia, endotracheal anesthesia in combination of epidural one. Infusion therapy, antibacterial therapy, anticoagulation*

reversal and anaesthesis were provided to all patients. Complications at anesthesia: arterial hypotension – 12 (5,1 %), "agitation" after anesthesia with Sevoflurane – 32 (13,6 %), long postanesthesia respiratory depression – 2 (0,9 %). No lethal outcomes.

Conclusions. *It's up to anesthesiologist to choose the type of anesthesia, it depends on timelines of surgical help, seriousness of the case, combination, extensiveness and trauma localization.*

Key words: *general anesthesia, regional anesthesia, combined anesthesia, intensive treatment, earthquake in Nepal 2015, disaster medicine, orthopedic trauma, extensive defects of soft tissues, wound infection, crush syndrome.*

For citation: *Kovalenko M. I., Bagaev V. G., Mitish V. A., Ishakov O. S., Basargin D. Y., Sidorov S. V., Nalbandyan R. T. Retrospective analysis of anesthesia service for earthquake-stricken in Nepal. Wounds and Wound Infections. The Prof. B. M. Kostyuchenok Journal, 2016; 3(4): 50-57.*

Введение

Крупное землетрясение магнитудой 7,8 баллов произошло на территории Непала в 11 ч. 56 мин. 25 апреля 2015 года. Эпицентр землетрясения находился в районе Gorkha, в 80 км к северо-западу от столицы — Катманду и залегал на глубине 15 км. Число погибших составило 8960, было ранено 22322, а без вести пропали 260 человек. Стихийное бедствие разрушило несколько десятков тысяч домов и повредило более полумиллиона других строений. В связи с тяжелыми последствиями землетрясения 26 апреля 2015 года правительство Непала объявило о чрезвычайном положении в пострадавших регионах и попросило международной гуманитарной помощи. В очаг бедствия были направлены 99 иностранных медицинских команд, куда вошли 2073 человека (814 докторов, 365 медсестер и 894 парамедика).

Бригада детских хирургов и анестезиологов, сформированная в ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ (НИИ НДХиТ), имеет многолетний опыт оказания специализированной медицинской помощи в зоне стихийного бедствия. Она была создана в 1988 году при землетрясении в Армении для экстренной и специализированной помощи пациентам с тяжелыми повреждениями, при отсутствии которой с высокой вероятностью наступает инвалидизация пострадавшего населения [1, 2].

Оказание анестезиологических пособий у детей при предоставлении специализированной медицинской помощи во время катастроф и стихийных бедствий является актуальной проблемой во всем мире. Проведение процедуры анестезии в экстремальных условиях после землетрясений имеет ряд особенностей. К ним относятся массовость поступления и тяжесть состояния пострадавших, сочетанный характер повреждений, раневая инфекция с угрозой генерализации процесса и развития сепсиса, доступность минимального объема лабораторного обследования [1, 2, 3, 4]. Выбор метода анестезии в таком случае зависит от возраста и тяжести состояния пациента, сроков течения раневого процесса, сочетанности травмы, ее локализации, объема и травматичности предстоящего оперативного вмешательства [1, 2].

В данной статье мы решили поделиться опытом оказания анестезиологической помощи пострадавшим при землетрясении, который, несомненно, пригодится нашим коллегам, выезжающим работать в зоны бедствия.

Цель работы

Проведение ретроспективного анализа анестезиологического обеспечения при оказании специализированной хирургической и травматологической помощи пострадавшим от землетрясения в Непале (2015).

Материалы и методы

Материал основан на анализе работы педиатрической бригады Рошаля российских врачей из НИИ НДХиТ, занимавшейся оказанием специализированной медицинской помощи в Непале с 30.04.2015 г. по 18.05.2015 г. За время командировки было выполнено 115 оперативных вмешательств с использованием различных видов обезболивания у 59 пациентов, проведено 240 перевязок, из которых 122 – под анестезией.

В состав бригады вошли 7 российских врачей из НИИ НДХиТ: 2 хирурга, 2 травматолога, 1 нейрохирург и 2 анестезиолога. (рис.1). Это были как опытные, ранее участвовавшие в подобных командировках специалисты, так и совсем молодые врачи.

Руководил группой высококвалифицированный хирург, имеющий за плечами многолетний опыт оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, Митиш Валерий Афанасьевич (директор НИИ НДХиТ и руководитель отдела гнойной хирургии НИИ НДХиТ). Организатором командировки выступил Международный благотворительный общественный Фонд помощи детям при катастрофах и войнах (президент Фонда – профессор Рошаль Леонид Михайлович).

В Катманду, столицу Непала, бригада врачей прибыла 30 апреля 2015 года — на пятые сутки после катастрофы — и проработала там до 18 мая. С учетом накопленного ранее опыта было собрано все необходимое оснащение: ларингоскопы с детскими клинками, набор детских эндотрахеальных трубок (от 3,0

Рис.1. *Бригада российских врачей перед вылетом из аэропорта «Внуково» (Москва, Россия) в Катманду (Непал)*
Fig. 1. *Team of Russian doctors before the flight from Vnukovo airport (Moscow, Russia) to Katmandu (Nepal)*

до 7,0 мм в диаметре), многоразовые ларингомаски и надгортанные воздуховоды I-GEL, внутривенные катетеры типа «браунюли», эпидуральные, спинальные иглы и анестетики для регионарной анестезии.

Специализированная медицинская помощь пострадавшим оказывалась в 6 крупных госпиталях Катманду: Grande International Hospital, Teaching Hospital, Bir Hospital, Shree Birenda (Armi) Hospital, Dhulikhel Hospital и Израильском мобильном военном госпитале. Российские специалисты работали совместно с хирургами и травматологами из других стран (Индии, Китая, Италии, Франции, Англии). Всего был осмотрен 621 человек, из них 437 (70,4 %) взрослых и 184 (29,6 %) ребенка.

Результаты и их обсуждение

Учитывая опыт предыдущих командировок, для более эффективного оказания помощи планировалось разместить в одном крупном госпитале наиболее тяжелых пострадавших педиатрического профиля. Однако в процессе организации выяснилось, что руководство медицинских учреждений не заинтересовано в переводе детей в один госпиталь, так как министерство здравоохранения Непала оплачивало каждого пролеченного больного. Другим фактором, препятствующим централизации детей в одном месте, стала гуманитарная помощь, которая, в первую очередь, направлялась в места с большей концентрацией пострадавших, и увозить оттуда маленьких пациентов было нерационально. Учитывая сложившуюся ситуацию, врачи приняли решение оперировать в четырех крупных госпиталях города Катманду, где находилось наибольшее количество пациентов.

При выборе госпиталей учитывалась их оснащенность необходимым оборудованием и сейсмическая устойчивость, так как сохранялась угроза повторного разрушительного землетрясения. Для работы были выбраны Grande International Hospital и Bir Hospital, в которых присутствовало все необходимое медицинское оборудование, медикаменты и расходные материалы. Сюда же было доставлено большое количество пострадавших (рис. 2 a, b). Оба госпиталя смело можно назвать сейсмически устойчивыми, поскольку они уже выдержали два мощнейших землетрясения (более 7 баллов) и не подверглись разрушению. Третий госпиталь – это армейский Shree Birenda (Armi) Hospital, уступавший предыдущим в оснащенности и представлявший собой стационарные каменные одноэтажные помещения, куда входили операционные и палаточный лагерь для пострадавших (рис.3 a, b). Также хирургическую помощь оказывали в Dhulikhel Hospital.

В операционных госпиталей Grande Internacional Hospital и Bir Hospital присутствовали современные наркозно-дыхательные аппараты Fabius Plus-Drager, S/5 AESPIRE компании DATEX-OHMEDA с системами слежения жизненно-важных функций организма (Liwe Window 6000) и централизованной подачей газов. Несмотря на отставание в оснащенности операционных, армейский госпиталь не уступал гражданским по тяжести пациентов и их количеству.

Оценка физического статуса пострадавших проводилась по классификации ASA – American Society of Anesthesiology Classification, сводные данные представлены в табл. 1

Как видно из представленной табл. 1, наибольшее количество пострадавших имели статус ASA I и II (30 (50,9 %) и 14 (23,7 %) больных, соответственно). В основном это были дети или взрослые со скелетной травмой, краш-синдромом, имеющие компенсированное системное заболевание.

Рис. 2. *Размещение пострадавших в многопрофильном Bir Hospital (a) и частном Grande International Hospital (b)*
Fig. 2. *Accommodation of victims in versatile Bir Hospital (a) and private Grande International Hospital (b)*

Рис. 3 (a, b). *Армейский госпиталь — Shree Birenda (Armi) Hospital*
Fig. 3 (a, b). *Shree Birenda Army Hospital*

Бригада российских врачей начала работу на 5-е сутки после землетрясения и занималась оказанием специализированной хирургической помощи. Данным пациентам ранее уже были проведены первичные противошоковые мероприятия, стабилизированы переломы и выполнены экстренные хирургические вмешательства. Учитывая большое количество пострадавших, в операционные зачастую поступали недообследованные больные, а хронические системные заболевания (нефропатия, гипертоническая болезнь, хронический бронхит курильщика) специалисты выявляли уже в процессе лечения.

Таблица 1. *Распределение пострадавших по ASA (n = 59)*
Tabl 1. *Allocation of earthquake-stricken according to ASA (n = 59)*

ASA	Количество пострадавших Number of injured	Процент от общего количества пострадавших Percent of total number of injured
1	30	50,9
2	14	23,7
3	11	18,6
4	4	6,8
Итого: Total	59	100,0

Наиболее тяжелые пациенты имели статус ASA III и IV (11 (18,6 %) и 4 (6,8 %) больных, соответственно): у 8 (13,5 %) пострадавших была закрытая травма грудной клетки с ушибом легких, у 4 (6,8 %) – почечная недостаточность (ПН), у 2 (3,4 %) – синдром полиорганной недостаточности (СПОН). Причиной ПН стал синдром длительного раздавливания, а СПОН – сепсис. Системная воспалительная реакция организма – СВР (гипертермия, тахипноэ, тахикардия, лейкоцитоз) присутствовала у 50 (84,7 %) пострадавших. В отделении реанимации и интенсивной терапии были сконцентрированы больные с ПН и СПОН (последние находились на ИВЛ), тем и другим пациентам проводили сеансы гемодиализа.

За весь период работы в Непале было проведено 235 анестезий различных видов (табл. 2).

Из табл. 2 следует, что наибольшее количество анестезий было выполнено аппаратно-масочным способом с использованием «Севофлурана» (АМС) – 98 (41,7 %). Данный метод являлся «анестезией выбора» у детей до 7 лет при непродолжительных малотравматичных оперативных вмешательствах и в период подготовки раневой поверхности к пластическому закрытию. По опыту предыдущей работы в зонах землетрясений «Севофлуран» (Се) можно считать наиболее оптимальным ингаляционным анестетиком для перевязок у детей данной возрастной категории. Он позволяет без выраженного возбуждения провести индукцию, адекватно поддержать анестезию и прогнозируемо быстро пробудить ребенка. Для предупреждения ожидаемой

Таблица 2. *Виды анестезий, используемые при оказании специализированной медицинской помощи пострадавшим от землетрясения (n = 235)*

Table 2. *Types of anesthesia used at rescuing specialized medical operation for earthquake-stricken (n = 235)*

Виды анестезии Types of anesthesia	Количество пациентов Number of patients	Процент от общего количества анестезий Percent of total number of injured
Ингаляционная	98	41,7
Внутривенная	44	18,7
Эндотрахеальная	18	7,7
Регионарная	36	15,3
Сочетанная	39	16,6
Итого: Total	235	100,0

«постсевофлурановой ажитации» (emergence agitation) всем детям за 5-10 минут до окончания анестезии внутривенно вводили «Пропофол» в дозе 0,5 мг/кг [2].

Согласно данным, приведенным в табл. 2, на этапе подготовки раны к пластическому закрытию, специалисты бригады также использовали внутривенную анестезию – 44 (18,7 %) случая. Ее чаще всего применяли у пострадавших детей старше 7 лет и взрослых, а также при одновременной работе анестезиолога на втором столе в операционной, где наркозный аппарат (НДА) был занят. Методика проведения внутривенной анестезии включала премедикацию «Атропином» в дозе 0,01 мг/кг, седацию «Пропофолом» в дозе 1,5 мг/кг и аналгезию «Кетамином» в дозе 0,5-1 мг/кг в зависимости от травматичности хирургического вмешательства. Данная комбинация препаратов оказалась оптимальной при малотравматичных хирургических вмешательствах и перевязках, она обеспечивала адекватность седации и аналгезии, стабильность гемодинамики, отсутствие депрессии дыхания, а также короткий период пробуждения. Продолжительность данных анестезий не превышала 15 мин., при их проведении не требовалось использования НДА и полного мониторинга, достаточно было слежения за SatO2 и ЧСС. Подготовка раневой поверхности к пластическому закрытию в среднем занимала 2 недели (13 ± 2 дня), поэтому на этот период приходилось наибольшее количество ингаляционных и внутривенных анестезий.

Особенностью реконструктивно-пластических операций после землетрясений является их длительность, травматичность, а также зачастую «неудобное» для анестезиолога положение больного (на животе, на боку). Предпочтение при данных операциях отдавали комбинированной эндотрахеальной анестезии (ЭТА), всего было проведено 18 (7,7 %) анестезий (табл. 2). Показанием к проведению ЭТА стали операции у пациентов с тяжелой сочетанной травмой (скелетная, черепно-мозговая, ушиб легких и т.д.), а также выполнение металлоостеосинтеза при переломах длинных костей (бедренной, большеберцовой), в случаях, когда невозможно использовать регионарные методы из-за раны или воспалительного процесса в области пункции. Методика проведения ЭТА зависела от возраста пострадавшего. После премедикации «Атропином» в дозе 0,01 мг/кг индукцию у детей до 7 лет проводили ингаляционно Се с помощью лицевой маски, а детям более старшего возраста и взрослым – внутривенно «Пропофолом» в дозе 2,5-3,0 мг/кг. Ингаляционная индукция обеспечивала безболезненную и малотравматичную пункцию вены у детей младшей возрастной категории. Вводная анестезия у всех пострадавших независимо от возраста включала «Фентанил» в дозе 2,5-3,0 мкг/кг и мышечные релаксанты («Сукцинилхолин» или «Рокурония бромид») в возрастных дозировках. Поддержание анестезии у детей и взрослых специалисты бригады осуществляли болюсным введением «Фентанила» и ингаляцией Се до 1 МАК.

У пострадавших старше 14 лет и взрослых при «расширенных перевязках» с выполнением этапных хирургических обработок, небольших реконструктивно-пластических операциях в области верхних и нижних конечностей, а также при выполнении закрытых репозиций костей с металлоостеосинтезом, использовали регионарные методы анестезии (табл. 3).

Как следует из табл. 3, пострадавшим проведено 36 регионарных анестезий в виде моноанестезии. В большинстве своем это пациенты с «уравновешенной психикой», охотно идущие на контакт и не имеющие сочетанной патологии. Проведение данной манипуляции и информирование о ходе предстоящей операции осуществлялось через переводчика. При вмешательствах на нижних конечностях предпочтение отдавали спинальной анестезии, из общего количества регионарных анестезий этот метод был выбран у 18 (50,0 %) пациентов. Анестезиологи использовали иглы «Витакре» и «Квинке» калибром G 27, пункцию субарахноидального пространства осуществляли в асептических условиях под местной анестезией кожи на уровне LIII — LIV в положении на боку (травмированная конечность должна была оказаться внизу). При непродолжительных хирургических вмешательствах до 1 часа анестезиологи использовали 2 % раствор «Лидокаина» в дозе, не превышающей 80 мг. При более продолжительных хирургических вмешательствах использовался 0,5 % раствор «Бупивакаина» в дозе до 20 мг. Предоперационная подготовка включала в себя инфузию электролитного изотонического раствора в объеме 500,0 -1000,0 мл. К преимуществам спинальной анестезии

Таблица 3. *Регионарные методы анестезии, используемые при оказании специализированной медицинской помощи пострадавшим (n = 36)*

Table 3. *Regional methods of anesthesia used at rescuing specialized medical operation for earthquake-stricken (n = 36)*

Регионарная анестезия Regional anesthesia	Количество пострадавших Number of injured	Процент от общего количества регионарных анестезий Percent of total number of regional anesthesia
Спинальная анестезия Spinal anesthesia	18	50,0
Проводниковая (нижняя конечность) Conduction (lower limb)	7	19,4
Проводниковая (верхняя конечность) Conduction (upper limb)	11	30,6
Итого: Total	36	100,0

у пострадавших можно отнести эффективность и простоту метода, отсутствие необходимости использования наркозного аппарата, возможность постоянного контакта с пациентом, быстрый перевод больного из операционной в послеоперационную палату или сразу в профильное отделение, а также возможность раннего приема жидкости и еды.

Согласно данным табл. 3, у 7 (19,46 %) взрослых пациентов с сопутствующей соматической патологией в анамнезе (хронические заболевания легких и сердца) для обезболивания во время перевязок на нижних конечностях проводили блокады бедренного и седалищного нервов 0,5 % раствором «Наропина» из расчета 2 мг/кг, но суммарно не более 300 мг.

Из 11 (30,6 %) взрослых пострадавших (табл. 3) с травмой верхней конечности в 7 (19,4 %) случаях перед выполнением металлоостеосинтеза плечевой кости и перевязок была выполнена блокада межлестничного пространства. У 4 (11,1 %) пациентов при перевязках в области кисти была проведена блокада срединного, лучевого и локтевого нервов. Для блокады межлестничного пространства использовали 0,5 % раствор «Наропина» из расчета 2 мг/кг (суммарная доза не превышала 300 мг), а при хирургических вмешательствах на кисти – 1-2 % раствор «Лидокаина» из расчета 4-7 мг/кг.

При более травматичных и обширных реконструктивно-пластических операциях, а также металлоостеосинтезе длинных костей использовали сочетанные методы анестезии. Варианты использования сочетанной анестезии (СА) представлены в табл. 4.

Как следует из табл. 4, за весь период работы врачи бригады провели 39 (16,5 %) СА. Абсолютным показанием к данному методу являлась сочетанность травмы и ее мультифокальность, возраст пострадавших при этом не считался ключевым определяющим фактором. Сочетанную анестезию использовали на этапе реконструктивно-пластического закрытия мягкотканных дефектов и при стабилизирующих операциях на позвоночнике. У данной группы пострадавших тяжесть состояния усугублялась сочетанностью повреждения: закрытая черепно-мозговая травма у 15 (25,4 %) человек, закрытая травма грудной клетки с ушибом легких у 9 (11,9 %), тупая травма брюшной полости с повреждением паренхиматозных органов у 5 (8,5 %). У 12 (15,3 %) пострадавших определяющим фактором при выборе сочетанной анестезии стала мультифокальность повреждений.

Согласно данным табл. 4, у 8 (20,5 %) детей до 8 лет индукцию и поддержание анестезии осуществляли с помощью лицевой маски ингаляционно Се (ИМА). После достижения хирургической стадии III1-2 устанавливали ларингомаску или воздуховод I-GEL, соответствующий возрасту ребенка, затем проводили периферическую блокаду 0,5 % «Наропином» из расчета 2 мг/кг. Данный вид СА использовали при металоостеосинтезе в области верхних и нижних конечностей у пациентов младшей возрастной группы.

Таблица 4. *Сочетанная анестезия, используемая при оказании специализированной медицинской помощи пострадавшим во время землетрясения (n = 39)*

Table 4. *Combined anesthesia used at rescuing specialized medical operation for earthquake-stricken (n = 39)*

Варианты сочетанной анестезии Types of Combined anesthesia	Количество анестезий Number of anesthesia	Процент от общего количества сочетанных анестезий Percent of total number of combined anesthesia
Ингаляционная + регионарная Inhalational + regional	8	20,5
Внутривенная + регионарная Intravenous + regional	14	35,9
Эндотрахеальная + регионарная Endotracheal + regional	17	43,6
Итого: Total	39	100,0

В 14 (35,9 %) случаях (табл. 4) регионарную анестезию использовали в сочетании с внутривенной (ВВА). Данную методику выбирали для пациентов в возрасте от 8 до 14 лет при репозициях переломов и малоинвазивном металоостеосинтезе верхних конечностей. ВВА проводили «Пропофолом» с «Кетамином» (доза 1,5 мг/кг и 0,5-1 мг/кг соответственно), после наступления хирургической стадии III1 осуществляли блокаду шейного сплетения 0,5 % «Наропином» из расчета 2 мг/кг. Показанием к использованию ВВА являлся возраст, психоэмоциональная лабильность больного и сложность установления контакта.

У 17 (43,6 %) пострадавших ЭТА сочеталась с эпидуральной — это были пациенты, нуждающиеся в длительных травматичных стабилизирующих операциях на позвоночнике (13 анестезий) и обширных реконструктивно-пластических операциях, направленных на закрытие мягкотканных дефектов в области нижних конечностей (4 анестезии). Особенностью данных операций было также «неудобное» для анестезиолога положение больного, чаще всего на животе. Если ЭТА анестезию проводили стандартно, то в качестве анестетика для эпидуральной анестезии использовали раствор «Наропина» 0,375 % – 0,5 % – 0,75 % из расчета 2 мг/кг (суммарно не более 250 мг) с «Фентанилом» 50 мкг. Концентрация «Наропина» зависела от гемодинамических и волемических показателей (ЧСС, АД, перфузионный индекс), уровня, объема, а также продолжительности оперативного вмешательства. Катетеризацию эпидурального пространства проводили после интубации больного и его укладки на живот. Уровень постановки эпидурального катетера определяли исходя из уровня повреждения и оперативного вмешательства. Поддержание анестезии осуществляли ингаляционными анестетиками: Се, «Изофлуран» 1,0 – 1,2 МАК и повторным введением «Наропина» 0,375% в дозе 2 мг/кг с «Фентанилом» 50 мкг в эпидуральное пространство (через 3-3,5 часа анестезии). По окончанию оперативного вмешательства эпидуральный катетер удаляли из-за риска инфекционных осложнений. Продолжительность данной сочетанной анестезии не сказывалась на пробуждении пациентов — оно было спокойным, быстрым, больные не жаловались на боль и затруднение дыхания. В течение суток после операции пострадавшие со спинальной травмой наблюдались в реанимации, а затем переводились в палату профильного отделения.

Необходимо отметить, что при лечении ран и проведении металлоостеосинтеза костей все пациенты получали антибактериальную терапию (цефалоспорины III-го поколения), витамины, обезболивающие препараты, также им регулярно проводили перевязки с мазями на полиэтиленгликолевой основе («Левомеколь»). По мере готовности раны к пластическому закрытию соматический статус больных улучшался, они становились активнее, охотнее шли на контакт, у них улучшался аппетит,

Рис. 4. *Отключение электричества во время операции по формированию культи бедра. Освещение операционного поля фонарем мобильного телефона и лобным «туристическим» фонарем*
Fig. 4. *Power cut during the operation – putting together of upper leg stump. Lighting of surgical field with mobile phone and frontal "tourist" lamp*

купировалась системная воспалительная реакция (СРБ, лейкоцитоз, СОЭ). После ежедневных перевязок под анестезией к концу второй недели рана очищалась от некротических тканей и фибрина, покрывалась грануляционной тканью, уменьшался тканевой отек, что позволяло осуществить пластическое закрытие раневого дефекта.

Учитывая жаркий климат и отсутствие в палатах кондиционеров, для профилактики обезвоживания в период ожидания оперативного вмешательства все пострадавшие в хирургических отделениях, в предоперационных, в ходе операции и в послеоперационном периоде получали инфузионную терапию. Базовыми растворами для проведения инфузии стали физиологический раствор и «Рингера лактат». Для проведения инфузионной терапии в вены кистей и предплечья устанавливали иглу-катетер по типу «браунюли», соответствующую возрасту пациента. При данной локализации «браунюли» конечность сохраняла функциональность, что позволяло сохранить способность больных к самообслуживанию после операции [2]. Катетеризация центральных вен (подключичной, яремной) была выполнена в 5 (8,4 %) случаях, показанием к ней стала необходимость проведения длительной инфузионной терапии, лабораторного мониторинга и трансфузий препаратов крови. Об адекватности водного баланса пациентов и правильности проведения инфузионной терапии судили по скорости диуреза, темп которого поддерживался от 1,5 до 2 мл/кг/час.

К неблагоприятным факторам работы на азиатском континенте следует отнести разницу во времени (+ 2 часа 45 минут к московскому), кислородное голодание в условиях высокогорья и сопутствующую ему сонливость, высокую влажность, температуру воздуха

до 30° С, отсутствие кондиционеров в палатах и операционных. В ходе работы в оперблоке отмечалось ежедневное (2-3 раза в течение рабочего дня) отключение электричества. Аварийные дизель-генераторы включались в работу только через 10-15 мин. после отключения электроснабжения. Причиной автоматического отключения электричества являлись сейсмические датчики, которые реагировали на афтершоки (небольшие землетрясения магнитудой до 5,6 баллов). Отключение освещения не приводило к остановке операции несмотря на отсутствие окон в операционных. Бесперебойность работы хирургов и анестезиологов обеспечивалась освещением «лобными» (туристическими) фонарями (рис. 4). Продолжительность рабочего дня во время катастроф ненормированная и могла достигать 12 часов. Ежедневно бригадой выполнялось до 20-30 оперативных вмешательств.

К особенностям работы в зонах землетрясения следует отнести интенсивность, то есть готовность работать в одной операционной на двух столах одновременно при наличии одного наркозного аппарата. Отсутствие помощников и ассистентов, ограниченный выбор анестетиков, особенности оформления документации, списания учетных препаратов, языковый барьер – все это создает определенные трудности в работе анестезиолога. Но сплоченность бригады и «командный» метод работы всегда выручают в трудных ситуациях.

При проведении анестезии у пострадавших после землетрясения специалисты столкнулись со следующими осложнениями: артериальная гипотензия в 12 (5,1 %) случаях, «ажитация» после анестезии Се – 32 (13,6 %), длительная постнаркозная депрессия дыхания – 2 (0,9 %). Осложнений с летальным исходом при работе в Непале не было.

Заключение

Оказание анестезиологического пособия у пострадавших после землетрясения имеет свои особенности и закономерности, что связано с этапами лечения раневого процесса. Первый этап продолжительностью до 2 недель, включающий в себя хирургическую обработку и консервативное лечение ран с целью подготовки последних к пластическому закрытию, сопровождается непродолжительными ИМА и ВВА, а также регионарными вариантами обезболивания. Отличительной особенностью анестезий первого этапа является их большое количество и непродолжительность. Анестезия должна быть быстрой в индукции, управляемой, не приводить к длительной постнаркозной депрессии дыхания и «ажитации». Из ингаляционных анестетиков препаратом выбора является Се, а из внутривенных анестетиков – комбинация «Кетамина» с «Пропофолом». У детей старшей возрастной группы и взрослых достаточно использования регионарной анестезии.

Второй этап, на котором происходит реконструктивно-пластическое закрытие тканевых дефектов, наступает примерно после двух недель от момента травмы. Особенностью данного периода является травматичность и длительность операций, соответственно предпочтение отдается сочетанной анестезии. При тяжелой сочетанной травме анестезией выбора будет сочетание ЭТА с регионарными методами. При отсутствии сочетанности повреждений у пострадавших (особенно детского возраста) используются ингаляционная ларингомасочная анестезия или внутривенная с регионарными методиками. При скелетной травме в области нижних конечностей предпочтение отдается спинальной анестезии в сочетании с внутривенной или ингаляционной. При скелетной травме верхних конечностей также используются регионарные методики в сочетании с общими (ингаляционная, внутривенная).

Выбор метода анестезии при катастрофах является прерогативой анестезиолога и зависит от сроков оказания хирургической помощи, тяжести состояния пациента, сочетанности, обширности и локализации травмы.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Amcheslavsky V., Bagaev V., Saratovsky A. et al. The choice of anesthesia to children suffered in an earthquakes. 18 th World Congress on Disaster & Emergency Medicine. 2013 May 28-31 – Manchester, United Kingdom, P. 7-8.
2. Багаев В. Г., Саратовский А. С., Митиш В. А. с соавт. Медицинская помощь пострадавшим детям Гаити. Анестезиология и реаниматология. 2011(1); 27-29.
[Bagaev V. G., Saratovskiy A. S., Mitish V. A. et al. Medical help for injued children of Haiti. Anesthesiology and emergency medicine = Anestezi-ologija i reanimatologija. 2011(1); 162-165. (In Russ.)].
3. Амчеславский В. Г., Багаев В. Г., Басаргин Д. Ю. с соавт. Опыт работы специализированной детской бригады в Индонезии. Материалы научно-практической конференции детских травматологов-ортопедов России с международным участием «Актуальные проблемы детской травматологии и ортопедии», Екатеринбург, 19-21 сентября 2007 г., с. 7–9.
[Amcheslavskiy V. G., Bagaev V. G., Basargin D. Y. et al. Experience of specialized children' s team of doctors in Indonesia. Materials of research and practice conference of children's traumatologist- orthopedist of Russia with international participation "Actual problems of children's traumatology and orthopaedy", Ekaterinburg, 19-21 September 2007. P. 7-9. (In Russ.)].
4. Charuluxananan S., Bunburaphong P. Anesthesia for Indian Ocean tsunami-affected patients at a southern Thailand provincial hospital. //Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2006 Mar 50(3): P. 320–323.

Опыт успешного применения плазменных потоков при лечении обширной постинъекционной флегмоны у больной наркоманией

А. М. Шулутко, Э. Г. Османов, И. В. Новикова, Н. Е. Камха, Н. В. Драгунова, Т. Р. Гогохия, А. Д. Мачарадзе
ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России; Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2

Контакты: *Османов Эльхан Гаджиханович, mma-os@yandex.ru*

Употребление кустарно приготовленных наркотиков в РФ, основным способом введения которых является внутривенный, за последнее десятилетие увеличилось в несколько раз. В соответствии с этими неутешительными данными растет и число больных с постинъекционными гнойно-воспалительными осложнениями. Результаты комплексного лечения приведенной группы пациентов значительно улучшаются при использовании дополнительных физических методов обработки ран, среди которых особое место занимает плазменная технология. Представленный случай демонстрирует успешное использование плазменных потоков из различных источников в режимах диссекции и стимуляции в сложной клинической ситуации.

Ключевые слова: *плазменные потоки, постинъекционная флегмона, плазменная технология, NO-терапия, внутривенная наркомания, гнойно-некротическое поражение, аргоноплазменная стимуляция, воздушно-плазменная обработка, хирургическое лечение, плазменно-физическая диссекция.*

Для цитирования: *Шулутко А. М., Османов Э. Г., Новикова И. В., Камха Н. Е., Драгунова Н. В., Гогохия Т. Р., Мачарадзе А. Д. Опыт успешного применения плазменных потоков при лечении обширной постинъекционной флегмоны у больных наркоманией. Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка, 2016; 3(4): 58-63*

DOI: 10.25199/2408-9613-2016-3-4-58-63

Experience of successful plasma flows practice in treatment of extensive phlegmon after injections at a patient with drug dependence

A. M. Shulutko, E. G. Osmanov, I. V. Novikova, N. E. Kamha, N. V. Dragunova, T. R. Gogohiya, A. D. Macharadze
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia; Build. 2, 8 Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia

The usage of home-made narcotic in RF, the main variant of which is intravenous administration, has increased greatly for the last ten years. According to such poor statistics a number of patients with pyoinflammatory complications after injections is increasing as well. The results of group of patients with complex treatment are significantly improving while using additional physical methods in management of wound, and here plasma technology has a special place. The described case shows a successful usage of plasma flows from different sources in dissection and stimulation in difficult clinical situations.

Key words: *plasma flows, phlegmon after injections, plasma technology, NO-therapy, intravenous drug abuse, purulonecrotic damage, argon plasma stimulation, air plasma treatment, surgical treatment, plasma physical dissection.*

For citation: *A. M. Shulutko, E. G. Osmanov, I. V. Novikova, N. E. Kamha, N. V. Dragunova, T. R. Gogohiya, A. D. Macharadze Experience of successful plasma flows practice in treatment of extensive phlegmon after injections at a patient with drug dependence. Wounds and Wound Infections. The Prof. B.M. Kostyuchenok Journal, 2016; 3(4): 58-63.*

Проблема наркомании представляет серьезную угрозу для всех сфер национальной безопасности России. По данным МВД в 2006 г. количество страдающих наркоманией в нашей стране составило около 4 млн человек, а в последнее десятилетие их число возросло в несколько раз [1]. Лица, использующие инъекционные наркотики, образуют самую тяжелую категорию пациентов. Наряду с эндокардитами и вирусной инфекцией особо значимыми осложнениями в данной группе являются гнойно-воспалительные поражения тканей в местах парентерального введения наркотических средств [2, 3]. Гнойные инфекции у наркоманов представляют угрозу для жизни, поскольку протекают на фоне тяжелой иммунодепрессии, часто вовлекают в септический процесс магистральные сосуды, распространяются на большую площадь и глубину, а также сопровождаются выраженной системной воспалительной реакцией вплоть до септического шока. Частота летальных исходов составляет 5,2-26 %. Инъекционная наркомания

является прямым путем к инвалидизации населения, поскольку число случаев ампутации конечностей при гнойных воспалениях у этих пациентов колеблется от 5,8 до 30,3 % [4-6].

Драматизм ситуации усугубляет снижение у пациентов интеллектуально-мнестических функций и низкая приверженность к лечению, замедляющие своевременное обращение за медицинской помощью и нарушающие следование врачебным рекомендациям. Страдая от тяжелой наркотической зависимости, пациент даже при обширном гнойно-некротическом поражении мягких тканей стремится как можно раньше покинуть стационар для введения очередной инъекции [2, 7]. Совокупность перечисленных проблем приводит к неудовлетворительным результатам лечения больных вследствие перехода острого гнойного процесса в хроническую форму и требует для своего решения поиска новых механизмов, в том числе использующих дополнительные физические методы обработки ран.

В УКБ №4 Первого МГМУ им. И. М. Сеченова на протяжении последних 15 лет используется комплексный подход для лечения постинъекционных гнойно-некротических осложнений у лиц, страдающих наркоманией. За этот период обследовано 390 пациентов в возрасте от 16 до 45 лет (в среднем 27,5 лет). В алгоритм дооперационного обследования входит ультразвуковое исследование зоны поражения с цветовым картированием близлежащих магистральных сосудов и консультация ангиохирурга (при наличии показаний).

Активная тактика включает в себя:

• радикальную обработку гнойного очага с использованием плазменных потоков (ПП) в режиме резки-коагуляции;

• этапные повторные хирургические обработки в объеме некрэктомии и санации (среднее число – 3,5);

• регулярное воздействие на раневую поверхность охлажденной до 38-40° С плазменной струей с целью стимуляции регенераторных процессов в ране, купирования перифокального воспаления (длительность процедуры составляет в среднем – 6,7 мин., приблизительное количество сеансов — 8,5);

• местное лечение послеоперационных ран с применением современных антисептиков и/или поликомпонентных мазей на полиэтиленоксидной основе с последующим наложением вторичных швов.

Использование дополнительных энергий позволяет надеяться на успешный исход лечения, даже если речь идет о пациентах со значительной площадью поражения мягких тканей. Подтверждением тому является изложенный ниже клинический случай.

Больная Б., 37 лет. *Поступила в клинику в октябре 2015 г. с обширной гнойно-некротической раной правого бедра. За двое суток до настоящей госпитализации была выписана из нашего стационара по собственному желанию, где находилась с диагнозом «постинъекционная флегмона бедра, состояние после вскрытия гнойника». Анамнез экзогенной интоксикации (инъекционная наркомания) 7 лет – регулярно самостоятельно выполняет инъекции метадона и героина, как правило, внутримышечные. Сопутствующий гепатит С, длительность которого пациентка указать затрудняется. Мать двоих малолетних детей.*

При поступлении: правая стопа, голень и бедро отечны. На задней поверхности бедра обширная и глубокая послеоперационная рана размером 52x34x16 см с дефектом тканей от ягодичной складки до нижней трети бедра. Кожа вокруг раны отечна и гиперемирована, подкожно-жировая клетчатка тусклая, инфильтрирована, имеются участки вторичных некрозов. Поверхностная фасция некротизирована. Из раны отмечается обильное поступление гнойного отделяемого с неприятным запахом (рис. 1). Дополнительно выявлена гиперемия и инфильтрация тканей (без крепитации) на задней поверхности голени, пальпация данной области резко болезненна. В паховых областях расположены втянутые рубцы («колодцы») без признаков воспаления. Паховая лимфаденопатия. Состояние по шкале SOFA соответствует 3 баллам. В общем анализе крови лейкоцитоз (до 31,4x109/л) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, лимфопения, анемия (Hb – 98 г/л), ЛИИ – 5,0. В биохимическом анализе крови обращает на себя внимание выраженная гипопротеинемия (44 г/л), умеренная гипергликемия (глюкоза крови – 7,98 ммоль/л). В общем анализе мочи обнаружены следы лейкоцитов.

Спустя 4 часа после госпитализации выполнена ревизия и санация гнойно-некротической раны задней

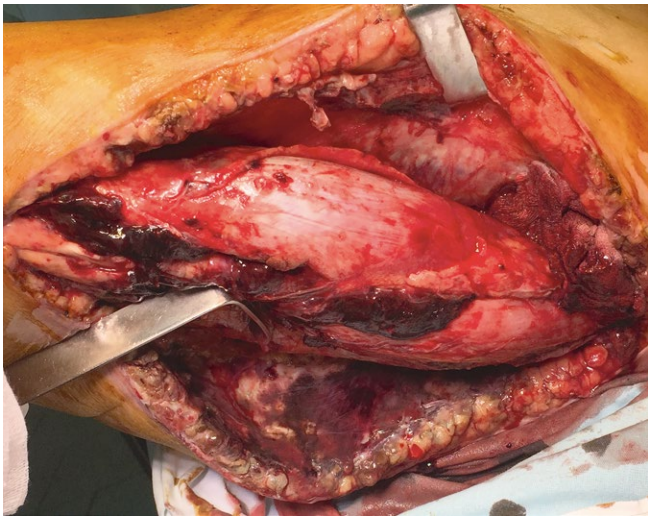


Рис. 1. *Обширная гнойно-некротическая рана задней поверхности правого бедра на момент госпитализации (пояснение в тексте)*
Fig. 1. *Extensive purulonecrotic wound of posterior surface of the right femoris at the moment of hospitalization (explanation in the text)*

Рис. 2. *Вид задней поверхности правого бедра и голени после вскрытия и санации гнойного затека на голени, хирургической обработки раны бедра и воздействия на мягкие ткани послеоперационных ран высокотемпературным плазменным потоком в режиме резки и близкофокусной коагуляции*
Fig. 2. *The view of posterior surface of the right femoris and lower leg after purulent leakage opening and sanitation in the lower leg, surgical treatment of femoris wound and impact on soft tissues post-surgical wounds by high-temperature plasma flow in capacity of cutting and close focal coagulation*

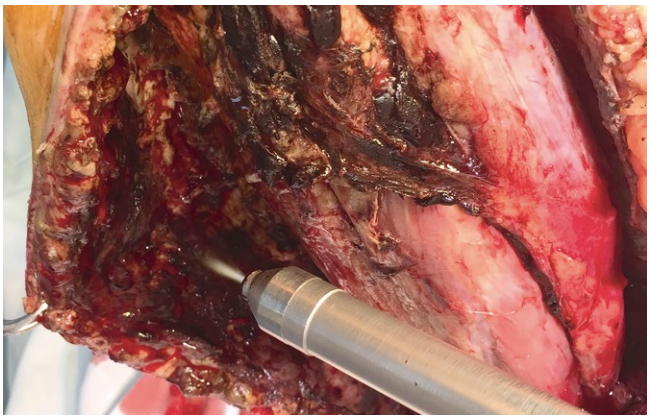


Рис. 3. *Этап плазменно-физической некрэктомии обширной гнойно-некротической раны бедра (пояснение в тексте)*
Fig. 3. *The stage of plasma-physical necrectomy of extensive purulonecrotic wound of femoris (explanation in the text)*

поверхности правого бедра и хирургическая обработка гнойного затека на задней поверхности правой голени. После рассечения кожи по задней поверхности правой голени обнажилась клетчатка с участками расплавления и очагами некроза без четких границ серого цвета. Ткани пропитаны бурой жидкостью с резким запахом. Интраоперационно: протяженный (площадь до 400 см^2) некроз подкожной жировой клетчатки и некробиотические изменения собственной фасции правого бедра и голени (рис. 2). Гнойно-некротическое поражение мягких тканей III уровня по классификации D. Ahrenholz (1991) [8]. Операция завершена обработкой раневой поверхности высокотемпературным ПП в режиме резки и близкофокусной коагуляции (рис. 3). Для работы были использованы аппараты «Плазон» (ООО «ЦВТМ при МГТУ им. Н. Э. Баумана», Россия) и PlasmaJet (фирма Plasma Surgical Limited, Великобритания).

Обработка продолжалась до тех пор, пока раневая поверхность не покрывалась темно-коричневым струпом с характерным лаковым блеском, а зоны коагулированных сосудов не приобретали черную окраску (термоиндуцированный некроз). Последние были плотно фиксированы к нижележащим тканям и имели на различных участках неодинаковую толщину, пропорциональную экспозиции воздействия ПП (рис. 4). После завершения вмешательства раны рыхло тампонировали салфетками с раствором «Бетадин».

На следующий день после операции был начат курс комбинированной санации с применением аргонового и воздушно-плазменного потоков в режиме стимуляции по методике, разработанной в клинике [9].

Спиралевидными или линейно сканирующими движениями манипулятора-плазматрона воздействовали на ткани охлажденными до 38-40° С ионизированными потоками из расчета до 10 секунд на 1 см^2 раневой поверхности. Это препятствовало избыточной «кумуляции» тепловой энергии и не оказывало подсушивающего эффекта на рану. Процедуры проводили ежедневно, их продолжительность варьировала от 6 до 8 мин, общее количество сеансов составило 12. Тепловое излучение, сопровождающее процесс генерации плазмы, практически во всем спектральном диапазоне обеспечивает физиотерапевтический эффект, а ультрафиолет,

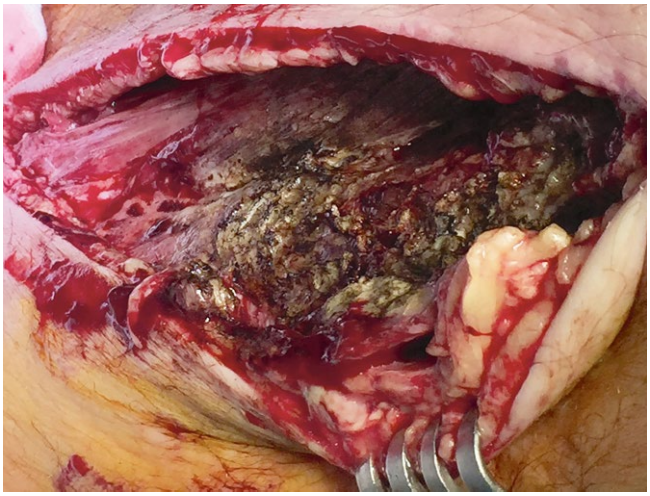


Рис. 4. *Вид раны голени после радикальной комбинированной хирургической обработки: поверхность раны выполнена струпом после обработки плазменным потоком*
Fig. 4. *The view of lower leg wound after radical combined surgical debridement: wound interface was incrusted after plasma flow*

Рис. 5. *Переход раневого процесса в репаративную стадию на фоне местного лечения и ежедневных плазмодинамических санаций. Раны выполнены яркой мелкозернистой грануляционной тканью, отек и перифокальное воспаление отсутствуют*
Fig. 5. *The transition of wound process into reparative phase in presence of local treatment and daily plasmadynamic sanitation. Wounds are with bright fine-grit granulation tissue, no swelling or perifocal inflammation*

Рис. 6. *Временная адаптация краев раневого дефекта лейкопластырными швами*
Fig. 6. *Temporary adaptation of traumatic defect lip by adhesive plaster sutures*

Рис. 7. *Наложены вторичные швы на гранулирующие раны голени и бедра*
Fig. 7. *Secondary sutures on the granulation wounds of lower leg and femoris*

молекулы экзогенного оксида азота (II) и высокая концентрация озона оказывают мощное антимикробное и стимулирующее действие на рану [9-11].

Была проведена симптоматическая и антибактериальная терапия («Ванкомицин» — 1,5 г/сутки, «Мексидол» — 500 мг/сутки), а также местное лечение в виде обработки ран растворами антисептиков (санация 3 % раствором перекиси водорода и 0,2 % раствором «Лавасепт») и повязок с раствором «Бетадин».

Микрофлора гнойных очагов имела идентичный состав: в посеве из ран до NO-терапии высеяли культуры Klebsiella pneumoniae и Staphylococcus aureus (обильный рост), а также Candida krusei (скудный рост). На 3-и сутки после госпитализации больной произведена этапная некрэктомия на голени и бедре с применением плазменной энергии в режиме диссекции, взяты повторные посевы. В ране обнаружены культуры Klebsiella pneumoniae и Candida krusei (скудный рост). Антимикробная терапия скорригирована путем увеличения суточной дозы «Ванкомицина» до 2,0 г.

На 5-е сутки послеоперационного периода отмечен регресс отека голени, значительное очищение ран с полным исчезновением некроза в ране бедра, а также нормализация температуры тела. Комплексное лечение проводилось в полном объеме с ежедневными перевязками с антисептиками («Бетадин») и плазмодинамической санацией (рис. 5). На 8-е сутки явления перифокального воспаления вокруг раневых дефектов купированы, мышцы ярко-розовые, отделяемое из раны скудное, носит характер сукровицы. Края раневого дефекта на бедре сведены лейкопластырными швами

(рис. 6). В ране на голени сформировались яркие сочные грануляции.

На 9-е сутки отмечена положительная динамика основных лабораторных показателей крови за исключением сохраняющейся незначительной анемии. В посеве отделяемого из раны бедра на фоне NO-терапии и аргоно-плазменной стимуляции к этому времени еще сохранялся слабый рост культуры Klebsiella pneumoniae. На 13-е сутки выполнена операция – наложение вторичных швов на гранулирующие раны бедра и голени (рис. 7).

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка выписана из стационара на 21-ый день со швами в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через 2 месяца послеоперационный рубец состоятельный, без признаков перифокального воспаления (рис. 8). Отмечался умеренно выраженный отек правой нижней конечности. Признаков тромбоза магистральных вен по данным дуплексного сканирования не выявлено. Рекомендован курсовой прием флеботоников, постоянная эластическая компрессия нижних конечностей, динамическое наблюдение у хирурга и нарколога по месту жительства.

Заключение

Таким образом, применение ПП как метода дополнительной физической обработки ран в комплексном хирургическом лечении пациентки с обширной флегмоной, развившейся после внутримышечного введения суррогатных наркотических средств, показало свою эффективность. Даже на фоне отягощенного преморбидного фона (экзогенная интоксикация, хронический гепатит С) зафиксировано сокращение длительности течения первой фазы раневого процесса, проявившееся быстрым купированием гнойного воспаления без существенных мягкотканных потерь, отграничением и отторжением некротизированных тканей и отсутствием формирования вторичных зон некрозов. Все это является результатом сочетания традиционной хирургической обработки с плазменной диссекцией. Из данного наблюдения видно, что комплексный подход с использованием дополнительных физических средств воздействия на раневой процесс способствовал быстрому купированию системной воспалительной реакции.

Комбинированная плазмодинамическая санация ПП из разных источников улучшает микроциркуляцию в очаге хронической инфекции, заметно ускоряет процессы грануляции обширных ран и дает возможность в сжатые сроки выполнить реконструктивно-восстановительное оперативное вмешательство с хорошим отдаленным результатом.

Рис. 8. *Вид нижней конечности спустя 2 месяца после окончания лечения*
Fig. 8. *The view of lower limb 2 months later after treatment end*

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Иванец Н. Н., Кошкина Е. А., Киржанова В. В. и др. Смертность больных наркоманией в Российской Федерации. Анализ данных Федерального статистического наблюдения. Клиническая медицина. Вопросы наркологии. 2008; (3): 105–119.
[Ivanez N. N., Koshkina E. A., Kirzhanova V. V. et al. Death-rate of patient with drug dependence in Russian Federation. Data analysis of Federal statistical observation. Clinical medicine. Narcology questions = Klinicheskaja medicina. Voprosy narkologii 2008; (3): 105-119. (In Russ.)].
2. Базлов С. Б., Лобков Е. Ю., Породенко Е. Е. Гнойно-септические постинъекционные поражения нижних конечностей у больных парентеральной наркоманией. Современные проблемы науки и образования. 2014; (2): 15-18.
[*Bazlov S. B., Lobkov E. Y., Porodenko E. E. Purulent-septic post injection damage of lower limb at patient with parenteral drug dependence. Modern problems of science and education = Sovremennye problemy nauki i obrazovanija 2014; (2): 15-18. (In Russ.)].*
3. Takahashi T. A., Merrill J. O., Boyko E. J. Type and location of injection drug use-related soft tissue infections predict hospitalization. J. Urban Health. 2003; (1): 127-136.
4. Сажин А. В., Зверев А. А., Льготина А. В. Постинъекционные воспалительные осложнения наркомании. Инфекции в хирургии. 2008; 6(2): 38–47.
[Sazhin A. V., Zverev A. A., Lgotina A. V. Post injection inflammatory complications of narcomania. Infections in surgery = Infekcii v hirurgii 2008; 6(2): 38–47. (In Russ.)].
5. Licursi M., Leuzzi S., Fiumara F. et al. Necrotizing soft tissue infections in intravenous drug users. G. Chir. 2009; 30(6-7): 257-268.
6. Ebright J. R., Pieper B. Skin and soft tissue infections in injection drug users. Infect. Dis. Clin. North Am.2002; Sep16(3): 697-712.
7. Mittapalli D., Velineni R., Rae N., Howd A. Necrotizing soft tissue infections in intravenous drug users: a vascular surgical emergency. East of Scotland Vascular Network. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2015; 49(5): 593-599.
8. Ahrenholz D. H. Necrotizing fasciitis and other infections. Intensive Care Medicine. Boston, Litlle, Brown. 1991. 334 p.
9. Шулутко А. М., Османов Э. Г., Новикова И. В. Комбинированная плазменная технология в комплексном лечении флегмонозно-некротической рожи. Анналы хирургии. 2008; (4): 67-71.
[Shulutko A. M., Osmanov E. G., Novikova I. V. Combined plasma technology in a complex treatment of phlegmonous necrotic erysipelas. Surgery annals = Annaly hirurgii 2008; (4): 67-71. (In Russ.)].
10. Грушко В. И. Применение плазменного потока в комплексном лечении гнойных ран: Автореф. дис. канд. мед. наук. М. 2007. 23 с.
[Grushko V. I. Plasma flow in complex treatment of purulent wounds: synopsis of a thesis of Ph.D. medicine. Moscow. 2007. P. 3p. (In Russ.)].
11. Жданов С. К., Курнаев В. А., Романовский М. К. и др. Основы физических процессов в плазме и плазменных установках. М.: МИФИ, 2000. 230 с.
[Zhdanov S. K., Kurnaev V. A., Romanovskiy M. K. et al. Basic principles of physical processes in plasma and plasma equipment. Moscow: MIFI, 2000. P. 230 (In Russ.)].

ПРЕСС-РЕЛИЗ

3-й Международный конгресс «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ»

14–16 ноября 2017 г. Москва

Глубокоуважаемые коллеги!

14-16 ноября 2017 года РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции», ФГБУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России, ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ, ООО «Российское общество хирургов», Международный фонд помощи детям при катастрофах и войнах, ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России планируют проведение **3-го Международного конгресса «Сахарный диабет и хирургические инфекции».**

В структуре заболеваемости жителей экономически развитых стран сахарный диабет занимает одно из ведущих мест. Его распространенность составляет 1,5-6 % популяции. Предполагается, что число таких пациентов к 2030 г. достигнет 552 млн. человек. Больные с нарушениями углеводного обмена составляют значимую часть контингента, обращающегося за помощью к врачам различных специальностей, в том числе к хирургам. В связи с этим актуальными являются вопросы хирургического лечения, анестезиологического пособия и периоперационного ведения пациентов с хирургической инфекцией, протекающей на фоне сахарного диабета.

Успех прошедших мероприятий, 14-17 октября 2013 года в Институте хирургии им. А. В. Вишневского 1-го Международного конгресса «Сахарный диабет и хирургические инфекции», и 2-го Международного конгресса «Сахарный диабет и хирургические инфекции», который прошел 25-27 ноября 2015 года в Эндокринологическом научном центре, свидетельствует об интересе к обсуждаемой проблеме.

Эффективность дальнейшего развития системы специализированной медицинской помощи больным с хирургической инфекцией, протекающей на фоне сахарного диабета, всецело зависит от формирования единого мультидисциплинарного подхода и преемственности между специалистами практического звена во всех субъектах РФ. В связи с этим к участию в **3-ем международном конгрессе «Сахарный диабет и хирургические инфекции»** приглашаются все заинтересованные медицинские работники.

Организационный комитет обращает внимание организаторов здравоохранения (главных врачей лечебно-профилактических учреждений, главных хирургов субъектов РФ, департаменты и министерства здравоохранения) на предстоящий Конгресс и рекомендует направить для участия в нем своих специалистов.

Основные темы конгресса:

1. Сахарный диабет и хирургические инфекции – междисциплинарная проблема современной медицины:
   - эпидемиология сахарного диабета и его поздних сосудистых осложнений;
   - морфологические и иммунологические особенности течения раневого процесса у пациентов с сахарным диабетом;
   - экономические аспекты лечения сахарного диабета и его поздних сосудистых осложнений.
2. Оптимизация протоколов терапевтического ведения пациентов с сахарным диабетом и хирургическими инфекциями.
3. Синдром диабетической стопы.
4. Заболевания периферических артерий как проявление диабетической макроангиопатии.
5. Проблемы лечения больных сахарным диабетом и хирургическими инфекциями в торакальной, абдоминальной, сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, трансплантологии, онкологии и т.д.
6. Принципы анестезии и интенсивной терапии больных сахарным диабетом.
7. Вопросы модернизации и оптимизации диабетологической службы в Российской Федерации.

Тезисы, присланные до 01 октября, будут опубликованы в сборнике материалов конгресса после их одобрения организационным комитетом.
Тезисы объемом не более двух страниц в электронном виде (MS WORD, шрифт Times New Roman, размер-12, интервал 1,5) для опубликования просим высылать **до 01 октября 2017 г.** по e-mail: zotova@ixv.ru, ezotova2008@mail.ru. Факсы не принимаются. Структура текста: актуальность темы, цель, материалы и методы, результаты, выводы. В конце должны быть указаны фамилия, имя, отчество авторов, адрес с почтовым индексом, телефон, факс, эл. почта.

Место проведения: ФГБУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России (Москва, ул. Большая Серпуховская, 27).

Проживание: Для бронирования, пожалуйста, заполните заявку на бронирование и отправьте ее координатору по размещению Павлу Окаеву по электронной почте opa@msk.welt.ru или по факсу: +7 (495) 933-78-77. Если у Вас возникнут какие-либо вопросы, Вы также всегда можете связаться с Павлом по тел.: +7 (495) 933-78-78, доб.119 (Райзер бюро Вельт).

Традиционно работу конгресса сопровождает **ВЫСТАВКА** с участием производителей и дистрибьюторов лекарственных средств, медицинского оборудования, продукции профилактического и медицинского назначения, а также специализированных изданий. Приглашаем фармацевтические компании и производителей изделий медицинского назначения стать **ПАРТНЕРОМ** предстоящего конгресса.
Информация об условиях участия в выставке: **тел.: +7 (499) 236-65-65, факс +7 (499) 237-08-14, e-mail: zotova@ixv.ru – Елена Михайловна Зотова.**

Участие в конференции бесплатное.
Предварительная регистрация и информация о конгрессе на сайтах **www.woundsurgery.ru, www.общество-хирургов.рф**

Президент Региональной общественной организации
«Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции»
В. А. Митиш

P R E S S - R E L E A S E

The 3rd International Congress "DIABETES MELLITUS AND SURGICAL INFECTIONS"

14–16 of November 2017, Moscow

Dear colleagues!

14-16 November 2017 RPO "Surgical society – Wounds and wound infections", A.V. Vishnevsky Institute of Surgery of Ministry of Health of Russia, Endocrinology research center, Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Traumatology, LLC "Russian Society of Surgeons", International Foundation for Children in Catastrophes and Russian Peoples Friendship University, Ministry of Education and Science of Russia are planning the **3rd International Congress "Diabetes mellitus and surgical infection".**

Diabetes mellitus is one of the leading disease in the structure of morbidity patterns in economically developed countries. Its prevalence is 1.5-6% of the population. It is suggested that the number of such patients by 2030 will reach 552 million people. Patients with carbohydrate metabolism disorder are a significant part of the contingent that seeking medical advice from various specialists, including surgeons. In this regard, topical issues are surgical treatment, anesthetic support and perioperative management of patients with a surgical infection that occurs against the background of diabetes mellitus. The success of the past events: the 1st International Congress "Diabetes Mellitus and Surgical Infections", which was held on the 14-17th of October, 2013 at the A.V. Vishnevsky Institute of Surgery, and the 2nd International Congress " Diabetes Mellitus and Surgical Infections ", which was held on the 25-27th of November, 2015 at the Endocrinology Research Center, testifies the interest to this subject of discussion.

The effectiveness of the further development of the specialized medical care system for patients with surgical infection that occurs against the background of diabetes mellitus depends entirely on the formation of a single multidisciplinary approach and continuity between the practical specialists in all regions of the Russian Federation. In this regard, all interested health workers are invited to participate in **the 3rd International Congress "Diabetes Mellitus and Surgical Infections".** The Organizing Committee draws the attention of the Health organizers (the Chief Physicians of Medical and Leisure Institutions, Surgeons-in-chief from Russian entities, Departments and Ministries of Health) to the forthcoming Congress and recommends them to send their specialists for participation.

The main themes of the Congress:

1. Diabetes mellitus and surgical infections is the interdisciplinary problem of modern medicine:
   - Epidemiology of diabetes mellitus and its late vascular sequels;
   - Morphological and immunological features of the wound process for patients with diabetes mellitus;
   - Economic aspects of diabetes mellitus treatment and its late vascular sequels.
2. Optimization of therapeutic management protocols of patients with diabetes mellitus and surgical infections.
3. Diabetic foot syndrome.
4. Peripheral artery disease as a presentation of diabetic macroangiopathy.
5. Treatment problems of patients with diabetes mellitus and surgical infections in thoracic, abdominal, cardiovascular surgery, traumatology and orthopedy, transplantology, oncology, etc.
6. Principles of anesthesia and intensive therapy for patients with diabetes mellitus.
7. Issues of modernization and optimization of diabetological service in the Russian Federation.

Abstracts sent before the 1st of October will be published in congress information package after approval by the Organizing Committee.
Please send abstracts for publication in electronic form (MS WORD, TimesNewRoman font, text size 12, interval 1,5), not more two pages , deadline - **on the 1st of October 2017,** e-mail: zotova@ixv.ru, ezotova2008@mail.ru . Faxes will not be accepted. Text structure: urgency of the research, object, materials and methods, results, conclusions.At the end of the text there should be listed surname, name of the author, address, zip code, telephone, fax, e-mail.

Location: Federal Government Budgetary Institution «A.V. Vishnevsky Institute of Surgery», Ministry of Health of the Russian Federation (27, Bolshaya Serpukhovskaya St., Moscow).

Accommodation: For reservations, please fill in the reservation application and send it to the coordinator Paul Okaev by e-mail opa@msk.welt.ru or by fax: +7 (495) 933 78 77. If you have any questions, you can always contact to Paul on tel .: +7 (495) 933 78 78, add.119 (Raiser Bureau Welt).

Traditionally, the work of the congress accompanies with the **EXHIBITION** of manufacturers and distributors of medicines, medical equipment, production of prophylactic and medical uses, as well as specialized items. We invite pharmaceutical companies and manufacturers of medical devices to become a **PARTNER** of congress.
Information about the conditions of participation in the exhibition: **tel .: +7 (499) 236-65-65, fax: +7(499) 237 0814, e-mail: zotova@ixv.ru - Elena Mikhailovna Zotova**

Participation is free.
Information about the congress is on sites: **www.woundsurgery.ru, www.общество-хирургов.рф**

President of the Regional public organization
"Surgical Society – Wounds and Wound Infections"
V. A. Mitish

АНОНС НАУЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ РОО «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО – РАНЫ И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ» НА 2017–2020 ГГ.

15–16 мая 2017 г., Симферополь

Международная научно-практическая конференция «Хирургические инфекции кожи и мягких тканей у детей и взрослых»

www.woundsurgery.ru

14–16 ноября 2017 г., Москва

3-й Международный конгресс «Сахарный диабет и хирургические инфекции»

www.woundsurgery.ru

15–16 мая 2018 г., Москва

Международная научно-практическая конференция «Вакуумная терапия ран у детей и взрослых. 5-летние отдаленные результаты применения в российской клинической практике»

www.woundsurgery.ru

14–16 ноября 2018 г., Москва

4-й Международный конгресс «Раны и раневые инфекции» с конференцией «Проблемы анестезии и интенсивной терапии раневых инфекций»

www.woundsurgery.ru

15-16 мая 2019 г., Москва

Международная научно-практическая конференция «Высокие ампутации»

www.woundsurgery.ru

12–15 ноября 2019 г., Москва

4-й Международный конгресс «Сахарный диабет и хирургические инфекции»

www.woundsurgery.ru

15–16 мая 2020 г., Москва

Международная научно-практическая конференция «Дополнительные физические методы обработки ран и гнойно-некротических очагов у детей и взрослых» (тема обсуждается)

www.woundsurgery.ru

16–19 ноября 2020 г., Москва

5-й Международный конгресс «Раны и раневые инфекции» с конференцией «Проблемы анестезии и интенсивной терапии раневых инфекций»

www.woundsurgery.ru

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ШКОЛЫ ПО ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ В РЕГИОНАХ

24 сентября 2017 г., Ростов-на-Дону

«Диагностика и лечение различных форм синдрома диабетической стопы»

17 декабря 2017 г., Новосибирск

«Лечение ран и гнойно-некротических очагов у детей и взрослых. Дополнительные методы обработки ран»

Информация для авторов

Уважаемые коллеги!

При оформлении статей, направляемых в журнал «Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка», следует руководствоваться обновленными правилами.

1. Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, иметь визу научного руководителя. В направлении можно указать, является ли статья диссертационной.

2. Статья должна быть представлена в электронном виде (компакт-диск или дискета) с распечаткой на бумаге формата А4 в двух экземплярах (таблицы, графики, рисунки, подписи к рисункам, список литературы, резюме – на отдельных листах).

Шрифт – Times New Roman, 14 пунктов, через 1,5 интервала. Все страницы должны быть пронумерованы.

3. На первой странице должно быть указано: название статьи, инициалы и фамилии всех авторов, полное название учреждения (учреждений), в котором (которых) выполнена работа, его (их) полный адрес с указанием индекса.

Обязательно указывается, в каком учреждении работает каждый из авторов.

Статья должна быть подписана всеми авторами. В конце статьи должны быть обязательно указаны **контактные телефоны, рабочий адрес с указанием индекса, факс, адрес электронной почты и фамилия, имя, отчество полностью, занимаемая должность, ученая степень, ученое звание автора (авторов)**, с которым редакция будет вести переписку.

4. В оригинальных статьях необходимо указать, в каком из этапов создания статьи принимал участие каждый из ее авторов:

• Концепция и дизайн исследования.
• Сбор и обработка материала.
• Статистическая обработка данных.
• Написание текста.
• Редактирование.

Пример:
Авторы: И. И. Иванов, П. П. Петров, С. С. Сидоров
Участие авторов:
Концепция и дизайн исследования – И. И., С. С.
Сбор и обработка материала – П. П.
Статистическая обработка – П. П.
Написание текста – С. С.
Редактирование – И. И.

5. Объем статей: оригинальная статья – не более 12 страниц; описание отдельных наблюдений, заметки из практики – не более 5 страниц; обзор литературы – не более 20 страниц; краткие сообщения и письма в редакцию – 3 страницы.

Структура оригинальной статьи: введение, материалы и методы, результаты исследования и их обсуждение, заключение (выводы).

К статьям должно быть приложено **резюме** на русском языке, отражающее содержание работы, с названием статьи, фамилиями и инициалами авторов, названиями учреждений; для оригинальных статей – структурированное резюме (введение, материалы и методы, результаты и т. д.). Объем резюме – 2000–5000 знаков с пробелами. Количество ключевых слов должно составлять от 10 до 50.

6. Иллюстративный материал:

• Фотографии должны быть контрастными; рисунки, графики и диаграммы – четкими.

• Фотографии представляются в оригинале или в электронном виде в формате TIFF, JPG, CMYK с разрешением не менее 300 dpi (точек на дюйм).

• Графики, схемы и рисунки должны быть представлены в формате EPS Adobe Illustrator 7.0–10.0. При невозможности представления файлов в данном формате необходимо связаться с редакцией.

• Все рисунки должны быть пронумерованы и снабжены подрисуночными подписями. Подписи к рисункам даются на отдельном листе. На рисунке указываются «верх» и «низ»; фрагменты рисунка обозначаются строчными буквами русского алфавита – «а», «б» и т. д. Все сокращения и обозначения, использованные на рисунке, должны быть расшифрованы в подрисуночной подписи.

• Все таблицы должны быть пронумерованы, иметь название. Все сокращения расшифровываются в примечании к таблице.

• Ссылки на таблицы, рисунки и другие иллюстративные материалы приводятся в надлежащих местах по тексту статьи в круглых скобках, а их расположение указывается автором в виде квадрата на полях статьи слева.

7. Единицы измерений даются в СИ.

Все сокращения (аббревиатуры) в тексте статьи должны быть полностью расшифрованы при первом употреблении. Использование необщепринятых сокращений не допускается.

Название генов пишется курсивом, название белков – обычным шрифтом.

8. К статье должен быть приложен список цитируемой литературы, оформленный следующим образом:

• Список ссылок приводится **в порядке цитирования**. Все источники должны быть пронумерованы, а их нумерация – строго соответствовать нумерации в тексте статьи. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

• Для каждого источника необходимо указать: фамилии и инициалы авторов (если авторов более 4, указываются первые 3 автора, затем ставится «и др.» в русском или «et al.» – в английском тексте).

• При ссылке на ***статьи из журналов*** указывают также название статьи; название журнала, год, том, номер выпуска, страницы; при наличии – идентификаторы DOI и PMID.

• При ссылке на ***монографии*** указывают также полное название книги, место издания, название издательства, год издания.

• При ссылке на ***авторефераты*** диссертаций указывают также полное название работы, докторская или кандидатская, год и место издания.

• При ссылке на ***данные, полученные из Интернета***, указывают электронный адрес цитируемого источника.

• Все ссылки на литературные источники печатаются арабскими цифрами в квадратных скобках (например, [5]).

• Количество цитируемых работ: в оригинальных статьях желательно **не более 25** источников, в обзорах литературы – **не более 60**.

9. Представление в редакцию ранее опубликованных статей не допускается.

10. Все статьи, в том числе подготовленные аспирантами и соискателями ученой степени кандидата наук по результатам собственных исследований, принимаются к печати бесплатно, в порядке общей очереди.

11. Порядок рецензирования авторских материалов следующий.

Все статьи, поступающие для публикации в журнале, подвергаются рецензированию.

Рецензенты работают со статьей как с конфиденциальным материалом, строго соблюдая право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений. Дополнительные эксперты могут привлекаться рецензентом к работе только с разрешения редакции и также на условиях конфиденциальности.

Замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается редколлегией после получения рецензий и ответов автора.

В отдельных случаях редколлегия может направить статью на дополнительное рецензирование, в том числе на статистическое и методологическое рецензирование.

Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих ее тематике, в целях их экспертной оценки. Все рецензенты являются признанными специалистами по тематике рецензируемых материалов и имеют в течение последних 3 лет публикации по тематике рецензируемой статьи. Рецензии хранятся в редакции издания в течение 5 лет.

Редакция издания направляет авторам представленных материалов копии рецензий или мотивированный отказ, а также направляет копии рецензий в Министерство образования и науки Российской Федерации при поступлении в редакцию издания соответствующего запроса.

Редколлегия журнала проводит постоянную оценку качества рецензирования с помощью русской версии опросника Review Quality Instrument (Version 3.2) [van Rooyen S., Black N., Godlee F.J. Development of the Review Quality Instrument (RQI) for Assessing Peer Reviews of Manuscripts. Clin Epidemiol 1999; 52 (7): 625–9].

12. Конфликт интересов.

При представлении рукописи авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу.

Все существенные конфликты интересов должны быть отражены в рукописи (в сноске на титульной странице).

При наличии спонсоров авторы должны указать их роль в определении структуры исследования, сборе, анализе и интерпретации данных, а также принятии решения о публикации полученных результатов. Если источники финансирования не участвовали в подобных действиях, это также следует отметить.

Авторы должны представить заполненную анкету.

Каждый из авторов должен ответить на приведенные ниже вопросы, утвердительный ответ требует дополнительной информации.

Название рукописи (статьи) _____

Автор: _____

1) Получали ли Вы или Ваши близкие родственники деньги, подарки и иное вознаграждение от организации, учреждения или компании, на которой финансово может отразиться Ваша публикация, включая гонорары за выступления, консультации, подарки, финансирование поездок, средства на исследования?

Да/Нет

2) Есть ли у Вас близкие родственники, работающие на организацию, учреждение или компанию, на которой финансово может отразиться Ваша публикация?

Да/Нет

3) Есть ли у Вас близкие родственники, находящиеся на вышестоящей позиции, т. е. руководитель/директор организации, учреждения или компании, на которой финансово может отразиться Ваша публикация?

Да/Нет

4) Есть ли у Вас близкие родственники – держатели акций, имеющие инвестиции или иные финансовые интересы (за исключением паевых инвестиционных фондов) в организации, учреждении или компании, на которой финансово может отразиться Ваша публикация?

Да/Нет

5) Могут ли результаты этой публикации прямо или косвенно повлиять на Ваше вознаграждение?

Да/Нет

6) Есть ли другие потенциальные конфликты или существующие противоречия в интересах, которые необходимо знать редакции?

Да/Нет

13. Информированное согласие.

Запрещается публиковать любую информацию, позволяющую идентифицировать больного (указывать его имя, инициалы, номера историй болезни на фотографиях, при составлении письменных описаний и родословных), за исключением тех случаев, когда она представляет большую научную ценность и больной (его родители или опекуны) дал на это информированное письменное согласие. При получении согласия об этом следует сообщать в публикуемой статье.

14. Права человека и животных.

Если в статье имеется описание экспериментов на человеке, необходимо указать, соответствовали ли они этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке (входящего в состав учреждения, в котором выполнялась работа, или регионального) или Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г.

При изложении экспериментов на животных следует указать, соответствовало ли содержание и использование лабораторных животных правилам, принятым в учреждении, рекомендациям национального совета по исследованиям, национальным законам.

Статьи, не соответствующие данным требованиям, к рассмотрению не принимаются.

Все поступающие статьи рецензируются.

Присланные материалы обратно не возвращаются.

Редакция оставляет за собой право на редактирование статей, представленных к публикации.

Статьи направлять в редакцию по адресу:

ws@woundsurgery.ru.

В номере №2/2016 допущена ошибка: на стр 8. в статье "Академик РАМН Михаил Ильич Кузин и его деятельность во главе Института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР (к 100-летию со дня рождения)" в первом предложении следует читать "25 октября 2016 года исполнилось 100 лет со дня рождения одного из создателей хирургической службы в СССР..."

Information for authors

Dear colleagues!

Please, follow the updated rules of articles presentation for the journal "Wounds and Wound Infections. The Prof. B.M. Kostyuchyonok Journal".

1. The article must be accompanied by an official letter from the institution where the work has been done and have a supervisor's visa. The letter may indicate whether the article is associated with the theme(s) of the dissertation.

2. The article shall be presented in digital form (on CD or floppy disc) together with the print out on A4 format paper in two copies (tables, diagrams, images, legends to pictures, list of references, summary shall be provided on separate sheets).

Font – Times New Roman, 14 pt, 1.5 interval. All pages shall be numbered.

3. The following should be stated on the first page: title of the article, initials and surnames of all authors, full name of institution(s), where the paper is prepared, its (their) full address including ZIP code.

The institution of employment is mandatory to be stated for each author.

The article shall be signed by all authors. After the end of the article, the following details shall be stated: **contact telephone numbers, business address including ZIP code, fax, e-mail and surname, name and patronymic in full, position, degree, academic title of the author(s)**, whom the Board of Editors will do correspondence with.

4. Original articles must indicate the contribution made by each author:

• Study concept and design.
• Material collection and processing.
• Data statistical processing.
• Text writing.
• Editing.

An example:
Authors: I.I. Ivanov, P.P. Petrov, S.S. Sidorov
The authors' contribution:
Study concept and design by I.I., S.S.
Material collection and processing by P.P.
Statistical processing by P.P.
Text writing by S.S.
Editing by I.I.

5. Volume of articles: original article – not more than 12 pages; description of some observations, notes of practical work – not more than 5 pages; literature review – not more than 20 pages; brief messages and letters to Board of Editors – 3 pages.

Structure of original article: introduction, materials and methods, results of research and their discussion, opinion (conclusions).

The articles shall be attached with **summary** in Russian, reflecting the contents of the paper, stating the title of the article, surnames and initials of authors, names of institutions; for original articles – structured summary (introduction, materials and methods, results etc.). Volume of summary shall be between 2000 and 5000 symbols with spaces. Number of key words shall be between 10 and 50.

6. Illustrative material:

• Photos shall be contrast; all pictures, charts and diagrams shall be clear.

• Photos shall be provided in original copies or in digital copies in format TIFF, JPG, CMYK with resolution at least 300 dpi (dots per inch).

• Schedules, diagrams and pictures shall be provided in format EPS Adobe Illustrator 7.0–10.0. If you cannot provide the files in such format, please, contact the Board of Editors.

• All pictures shall be numbered and provided with the legends. Legends to pictures shall be on a separate sheet. The picture shall indicate the "top" and the "bottom"; the fragments of the picture shall be designated with the lower case letters of Russian alphabet – «а», «б» etc. All abbreviations and designations, used on the picture, shall be statев in full in the legend under the picture.

• All tables shall be numbered and provided with the title. All abbreviations shall be stated in full in notes to the table.

• References to tables, pictures and other illustrative materials shall be included in proper places throughout the text of the article in parentheses, and their location shall be stated by the author by the form of square on the left margin of the article page.

7. Units of measurements shall be stated according to SI system.

All acronyms (abbreviations) in the text of the article shall be stated in full, when used for the first time. Please, do not use the uncommon acronyms.

Names of gens shall be written in italics, name of proteins – by normal font.

8. The article shall be attached with the list of references, prepared as follows:

• The list of references shall be in **alphabetical order**. All sources of references shall be numbered, and their numbering shall strictly comply with the numbering used in the text of the article. Please do not refer to the papers, which are not published yet.

• State for each source: surname and initial of authors (if authors are more than 4, state the first 3 authors, then «и др.» in the text in Russian or «et al.» – in the text in English).

• When referring to the ***article from the journal*** state also the title of the article; title of the journal, year, volume, issue number, page number; DOI, PMID.

• When referring to the ***monograph*** state also full name of the book, place of publishing, publishing house, year of issue.

• When referring to ***synopsis of thesis*** state also full title of the thesis, whether it, Dr. Sci. or PhD thesis, year and place of issue.

• When referring to ***data found on the Web***, state the link to the reference.

• All references to the literature shall be printed in Arabic figures in brackets (e. g. [5]).

• It is desirable that the number of referred papers in original articles ***is not more than 25***, and in literature reviews – ***not more than 60***.

9. Please do not submit previously published articles again to the Board of Editors.

10. All articles, including those prepared by the postgraduate students and applicants for Ph. D. degree upon the results of their own research, shall be accepted for publishing free of charge, on a first in first out principle.

11. The author's materials are to be peer-reviewed in the following order.

All articles submitted for publication in the journal are peer-reviewed.

Peer reviewers treat the article as confidential material, by strictly observing the author's right to confidentiality of the information contained in the paper before its publication.

Additional experts may be invited by the peer reviewer to work only with the permission of the Editorial Board and in terms of confidentiality.

The comments of the peer reviewers are sent to the author without indicating their names. The decision on publication (or rejection) of the article is made by the Editorial Board after the reviews and the author's replies have been received.

In some cases the Editorial Board may send the article for further peer review, including for statistical and methodological reviews.

The editors make a peer review of all submitted materials relevant to the journal's themes for the purpose of their expert evaluation. All peer reviewers are recognized specialists in the themes of peer reviewed materials and have had publications on the themes of a peer-reviewed article in the last 3 years. The peer reviews are kept at the editorial office for 5 years.

The Editorial Board sends the copies of reviews or a reasoned refusal to the authors of submitted materials and those to the Ministry of Education and Science of the Russian Federation as the relevant request enters the editorial office.

The Editorial Board of the journal continually assesses the quality of peer review, by applying the Russian version of the questionnaire "Review Quality Instrument" (Version 3.2) [van Rooyen S., Black N., Godlee F.J. Development of the Review Quality Instrument (RQI) for Assessing Peer Reviews of Manuscripts. Clin Epidemiol 1999;52(7):625–9].

12. Conflict of interest

When submitting their manuscript, the authors are responsible for disclosing their financial and other conflicts of interest that can affect their work.

All significant conflicts of interest should be reflected in the manuscript (in the footnote on the title page).

If there are sponsors, the authors should define their role in determining the study design, data collection, analysis, and interpretation, and the decision to publish the findings. If the sponsors have not taken such actions, this should be also indicated.

The authors must submit a completed application form:

Each author should answer the following questions; an affirmative answer requires additional information.

Title of the manuscript (article) _____

Author: _____

1) Have you or your close relatives received money, gifts, and other remuneration from an organization, institution, or company whose financial status may be affected by your publication, including fees for speeches, consultations, gifts, travel funding, and funds for the investigation.

Yes/No

2) Do you have close relatives working for an organization, institution, or company whose financial status may be affected by your publication?

Yes/No

3) Do you have close relatives who are in a higher position, i.e. the Head/Director of an organization, institution, or company whose financial status may be affected by your publication?

Yes/No

4) Do you have close relatives who are the holders of shares with investments or other financial interests (excluding unit investment trusts) in an organization, institution, or company whose financial status may be affected by your publication?

Yes/No

5) Can the results of this publication directly or indirectly affect your reward?

Yes/No

6) Are there any potential or existing conflicts of interest which the Editorial Board should know?

Yes/No

13. Informed consent

It is prohibited to publish any information that can identify a patient (give his/her name and initials, the number of case histories in the photos, when making written descriptions and genealogies) except when it is of great scientific values and when the patient (his/her parents or guardians) have given an informed written consent. After obtaining the consent, this should be reported in the published article.

14. Human and animal rights

If the article describes human experiments, it should be specified whether the latter satisfy the ethical standards of the Committee on Human Experimentation (a part of the institution where the work has been done, or a regional one) or the 1975 Helsinki Declaration or its revised version in 2000.

When describing animal experiments, it should be pointed out whether the keeping and use of laboratory animals are in compliance with the rules established at the institution, the recommendations of the National Experimentation Council, and national laws.

The articles, which do not correspond to above rules, will be rejected.

All received articles are refereed.

No received materials are sent back.

Board of Editors reserves the right to proofread the articles, submitted for publishing.

Please send the articles to:

ws@woundsurgery.ru.

In number 2/2016 it was made an error: on page 8 in the article «The Academician of RAMS Mikhail Ilyich Kuzin and his work as the head of A.V. Vishnevsky Institute of Surgery of the AMS of the USSR (on the occasion of 100th anniversary of his birth» in the first sentence it should be read "October 25, 2016 marked the 100th anniversary since the birth of one of the surgical service founders in the USSR ..."

Универсальная анкета на вступление в Общество/подписку на журнал

Шаг 1: ***Выберите желаемую позицию и отметьте галочкой:***

☐ ***Вступление в Общество + годовая бесплатная подписка на специализированное издание:***
РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции» + журнал «Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка»

☐ ***Платная подписка на издание – 2000 руб/год (для врачей – не членов Общества):***
Журнал «Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка» (ежеквартально)

Шаг 2: ***Заполните форму для приема в члены организации (только для вступающих в Общество):***

Заявление

Прошу принять меня _____

_____ в члены _____

_____. Устав и цели деятельности организации признаю.

Подпись _____ / _____ /

Шаг 3: ***Заполните анкету:***

Ф.И.О. ……

Контактный телефон…… E-mail……

Учреждение……

Специальность……

Адрес доставки – домашний, рабочий (нужное подчеркнуть): Индекс ……

Страна…… Регион…… Город……

Улица…… Дом…… Корпус/строение…… Квартира……

Шаг 4: ***Если Вы вступаете в Общество, укажите также:***

Паспортные данные (серия, номер, когда и кем выдан)……

Должность……

Узкая специализация……

Ученая степень, звание……

Ф.И.О. и должность руководителя ……

Ф.И.О. зав. отделением……

Способ получения удостоверения члена Общества (нужное подчеркнуть): лично, на ближайшем мероприятии Общества; почтой России на адрес, указанный в анкете

Шаг 5: ***Подпишите и оставьте заполненную анкету на стенде или пришлите по адресу: ws@woundsurgery.ru***

Шаг 6: ***Для самостоятельной регистрации на сайте уточните перечень документов, необходимых для вступления в члены Общества: возьмите памятку и комплект на стенде или на сайте www.woundsurgery.ru и вышлите нам сканы документов и платежек по электронной почте ws@woundsurgery.ru***

Шаг 7: ***В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ РФ от 27.06.2006 г. № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции» моих персональных данных***

Подпись_____/_____/ «_____» _____ **20___г.**

Ф.И.О. Подпись Дата заполнения анкеты

Благодарим за проявленный интерес и потраченное время!

ЭЛЕКТРОННЫЙ АБОНЕМЕНТ ЦНМБ

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Центральная научная медицинская библиотека

http://www.emll.ru

E-mail:
cnmb.mba@yandex.ru

Телефон:
8 (499) 120-54-33

Электронный библиотечный абонемент ЦНМБ – первый проект в России, реализующий право библиотек по свободному предоставлению во временное пользование документов, хранящихся в фондах библиотеки, через Интернет в полном соответствии с российским законодательством по охране авторского права (статьи 1270, 1274 и 1275 IV части ГК РФ).

Цель проекта – предоставить читателям возможность искать, заказывать и просматривать через Интернет полные тексты любых документов из фонда ЦНМБ, крупнейшей медицинской библиотеки Европы с фондом более 4 млн единиц хранения.

На сайте электронного библиотечного абонемента доступны медицинские издания известных ученых и специалистов с XVII века по настоящее время, в том числе:

- книги;
- авторефераты;
- диссертации;
- периодические издания;
- редкие книги;
- другие виды литературы – переводы;
- депонированные рукописи.

На сайте электронного абонемента ЦНМБ возможно оформление подписки на услуги электронного библиотечного абонемента ЦНМБ для двух типов пользователей: коллективные абоненты и индивидуальные абоненты.

Также можно оформить подарочные абонементы для врачей.

Работа с электронным библиотечным абонементом возможна с любого устройства, подключенного к сети Интернет, и не требует специальных программ для чтения документов

ПОСТОЯННО ДЕЙСТВУЮЩАЯ ИНТЕРАКТИВНАЯ ДИСКУССИОННАЯ ПЛОЩАДКА

Эффективное здравоохранение

www.viablehealthcare.ru
www.facebook.com/viablehealthcare