

акушерской, урологической и перинатальной патологии, отсутствие в широкой клинической практике своевременной микробиологической диагностики и, соответственно, адекватной антибиотикотерапии данной инфекции.

Литература

1. Никонов, А.П. Инфекции мочевыводящих путей: диагностика и антибактериальная терапия / А.П. Никонов [и др.] // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8, № 6. – С. 52-53.

2. Хроническая фетоплацентарная недостаточность как фактор риска развития патологии мочевой системы у новорожденных / М.Л. Чехонацкая [и др.] // Актуальные вопросы урологии и нефрологии. – Балаково, 2006. – С. 48-49.

СОЧЕТАННАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ТРАВМА ПРИ КАТАТРАВМЕ

Гаврилик Б.Л., Радковец И.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В современное время политравма занимает доминирующее положение по причине смертности у лиц трудоспособного возраста [3]. Кататравме принадлежит особое место в структуре сочетанной травмы. Это обусловлено особенностями получения травматических повреждений при падении с высоты [1]. При этом характер и локализация повреждений зависит от многих факторов. Отдельно и в совокупности основную роль играют высота падения, положение падающего на момент приземления, жёсткость рельефа [2]. Определённую роль в исходе играют масса тела пострадавшего, наличие сопутствующей патологии. Локализация наружных повреждений, характер внутренних и их тяжесть, соответствует виду приземления и падению [1]. Падение с высоты может быть прямым, когда тело до момента «приземления» не соприкасается с какими-либо предметами, и последовательным (непрямым), когда тело в процессе падения ударяется о предметы, расположенные по траектории полёта на разной высоте (балконы, козырьки, ветки деревьев и т.п.). Кроме того, падение может быть свободным, когда падает только пострадавший, без каких-либо предметов, и несвободным, когда вместе с телом падают различные предметы и конструкции (например, строительные леса, падение внутри лифта и т.п.). Если в момент приземления падающий человек успевает принять

определённое положение тела, то такое падение называют координированным. Соответственно, за некоординированное принимается падение без «группировки» тела пострадавшего перед ударом о поверхность соударения. Наконец, любое падение с высоты может происходить с предварительно приданным телу дополнительным ускорением (прыжок, толчок, выбрасывание) - активное падение, и без такового - пассивное падение.

Нами проведен ретроспективный анализ 81 истории болезни больных с кататравмой, находившихся на лечении в больнице скорой медицинской помощи г. Гродно с 2000 по 2010 год. Мужчин было 56 (69,1%), женщин – 25 (30,9%). В возрасте до 10 лет был 1 (1,2%) пострадавший, он остался жив; с 11 до 20 лет 18 (22,2%), из них умерших 9 (50,0%); в возрасте 21-40 лет – 31 (38,3%), погибло 8 (25,8%) человек; в возрасте 41-60 – 21 (25,9%), погибло 6 (28,6%); старше 60 лет – 10 (12,4%), умерших 6 (60,0%). Обстоятельства травмы были следующими: суицидальная цель – 16 (19,8%) случаев, бытовая травма- 62 (76,5%), производственная травма – 3 (3,7%) случая. Преднамеренно падение с высоты с суицидальной целью чаще совершали женщины: 11 (68,8%) случаев из 16. С высоты 2-9 м упало 32 (39,5%) пострадавших, из них погибло 9 (28,1%); с 10-17 м – 36 (44,5%), умерших 15 (41,7%); с 17-25 м – 12 (14,8%), погибших 5 (41,7%); с высоты более 25 м – 1 (1,2%), пострадавший выжил.

В сроки до 35 минут доставлены в стационар 21 (25,9%) человек; до 1,5 часа – 29 (35,8%); до 3 часов – 13 (16,0%); до 1 суток- 11(13,6%) пострадавших; свыше суток – 7 (8,7%). В алкогольном опьянении было 25 (30,9%) пострадавших. Шок 1 степени был выставлен – 29 (35,8%) пациентам, шок 2 степени – 28 (34,6%), шок 3 степени – 15 (18,5%). Шок не наблюдался у 9 (11,1%) пострадавших. Степень шока выставлялась согласно индекса Альговери.

Сочетанная травма живота и забрюшинного пространства наблюдалась у 34 (42,0%) пациентов кататравмой. Причём, при травме живота наиболее часто повреждались селезёнка, печень и кишечник. У 12 человек наблюдалось одномоментное повреждение указанных органов брюшной полости.

У больных сочетанной травмой живота и забрюшинного пространства для подтверждения диагноза выполнялись УЗИ – 26 (32,1%) пострадавшим, диагностическая лапароскопия – 21

(25,9%), лапароцентез – 5 (6,2%), диагностическая лапаротомия – 7 (8,6%), КТ, МРТ – 15 (18,5%).

На фоне противошоковых мероприятий и с учётом ведущего повреждения проводились соответствующие оперативные пособия по экстренным показаниям. Спленэктомия выполнена у 17 (21,0%) пострадавших. Ушивание ран печени произведено 17 (21,0%) пациентам, 6 (7,4%) - выполнено ушивание ран кишечника, 3 (3,7%) - желудка, 4 (4,9%) – мочевого пузыря, 2 (4,1%) - почек. У 2 (2,5%) пациентов произведена резекция кишечника, нефрэктомия выполнена 3 (3,7%) пострадавшим.

Из всех пострадавших с кататравмой умерло 29 (35,8%) человек, у 18 (62,1%) из них имелась сочетанная травма органов живота и забрюшинного пространства.

Таким образом, кататравма относится к разряду тяжёлой сочетанной травмы, имеющей свои особенности травматогенеза и исходы. Для неё характерно состояние тяжёлого травматического шока, который наблюдался, по нашим данным, более чем у половины пострадавших. При этом наиболее тяжёлые больные, и соответственно самая высокая летальность, наблюдались в группе пострадавших сочетанной травмой живота и забрюшинного пространства. Определённую роль в исходе кататравмы играл возраст пациентов: наибольшая летальность отмечалась в возрастных группах 11-20 лет и старше 60 лет.

Необходимо отметить, что тяжесть повреждения напрямую не зависит от высоты падения: при падении с высот 10-17 м и 17-25 м наблюдалась одинаковая летальность, а один пострадавший при падении с высоты более 25 м и вовсе остался жив. Существенное значение при кататравме имеют исходная масса пострадавшего, наличие препятствия на траектории падения с высоты, положение его тела в момент удара о землю, а также плотность поверхности земли.

Литература

1. Замятин, П.Н. Структура повреждений и факторы травматогенеза при кататравме / П.Н. Замятин, В.В. Бойко, Овусу Франк // Клиническая хирургия. – 2008. - № 1. – С. 43-45.

2. Никитин, Г.Д. Множественные и сочетанные переломы костей / Г.Д. Никитин, Н.К. Митюнин, Э.Г. Грязнухин. – Ленинград: Медицина, 1976. - 264 с.

3. Соколов, В.А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов. - Москва: ГЭОТАР Медиа, 2006. – 512 с.