

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА

*Гаврилик Б.Л.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Травма последние десятилетия становится серьёзной проблемой общества, занимая первое место по причине смертности среди лиц трудоспособного возраста. Ежегодно, согласно данным Всемирной организации здравоохранения, от различных травм погибает до 2 миллионов человек, чему способствуют военные конфликты, техногенные и природные катастрофы, бытовой и производственный травматизм [2]. При этом, как правило, наблюдаются сочетанные повреждения органов и систем, характеризующиеся высокой летальностью, длительной утратой трудоспособности и высоким уровнем инвалидности, значительно превышающим таковой при изолированных повреждениях. Указанное в полной мере касается и тяжёлой сочетанной абдоминальной травмы. Популяризуемая в настоящее время тактика этапного лечения повреждений живота и их контроля имеет своих сторонников и противников [1]. Одно определено понятно, что сверхрадикализм при тяжёлой травме живота принесет больше вреда, чем пользы.

Нами проведен ретроспективный анализ 158 историй болезни больных политравмой, находившихся на лечении в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» в 2011 и 2012 годах. Все больные были распределены по группам согласно классификации Соколова В.А, в которой выделено семь групп пострадавших, с учётом ведущего повреждения [3]. Из всех пациентов сочетанная травма живота наблюдалась у 37 (23,4%) больных. Мужчин было 27 (72,9%), женщин – 10 (27,1%). В возрасте до 20 лет было 5 (13,5%) пострадавших; с 21 до 40 лет – 17 (45,9%); с 41 до 60 лет – 10 (27,1%); и старше 60 лет – 5 (13,5%) пациентов. Травматогенез среди пострадавших сочетанной травмой живота определялся следующим образом: падение с высоты – 11 (29,8%), дорожно-транспортное происшествие – 18 (48,6%), бытовой механизм – 1 (2,7%). У 2 (5,4%) пациентов обстоятельства травмы остались не выясненными. Сочетанную травму живота на

производстве получили 5 (13,5%) человек. В состоянии алкогольного опьянения в момент получения травмы было 8 (21,6%) пострадавших. С момента получения травмы, в течении первого часа в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» поступил 21 (56,8%) пациент с сочетанной абдоминальной травмой, из них погибло 8 (38,1%); с 1 часа до 6 часов – 11 (29,7%), погибло 5 (45,5%) человек; в течении с 6 до 24 часов поступило 2 (5,4%) больных, все погибли; более суток после травмы – 3 (8,1%) пациента, погибло 2 (66,7%).

Повреждения органов живота у больных с политравмой носили различный характер. Травма селезёнки отмечалась у 10 (27,1%), печени у 8 (21,5%) больных, тонкого кишечника и его брыжейки у 10 (27,1%), брыжейки толстого кишечника у 2 (5,4%), мочевого пузыря у 3 (8,1%). Повреждение желудка, потребовавшее его резекции наблюдалось у 1 (2,7%) пациента. Комбинированная травма печени и селезёнки была у 2 (5,4%) пациентов, печени и кишечника у 1 (2,7%) пациента. Основными диагностическими методами при травме живота были УЗИ, КТ, диагностическая лапароскопия, обзорная рентгенография брюшной полости. Из сочетанных повреждений у больных с абдоминальной травмой отмечались черепно-мозговая травма, торакальная травма, повреждение костей таза и конечностей, раны и ушибы мягких тканей, не являющиеся ведущими повреждениями и не представляющие непосредственную опасность для жизни пациента на момент поступления в стационар. У всех пострадавших наблюдался шок: I степени в 7 (18,9%) случаях, II степени – у 19 (51,4%) пострадавших, III степени – у 11 (29,7%). Степень шока выставлялась согласно индекса Альговери.

Пациентам были выполнены следующие оперативные вмешательства: спленэктомия – 10 (27,1%) пострадавшим, ушивание ран печени – 8 (21,5%), ран тонкого кишечника и его брыжейки – 4 (10,8%), ран интраабдоминальной части мочевого пузыря с эпицистостомией – 3 (8,1%) брыжейки сигмовидной кишки – 2 (5,4%) пострадавшим. 6 (16,3%) пациентам произведена резекция тонкого кишечника с наложением анастомоза «конец в конец», резекция желудка по Ру – 1 (2,7%) пострадавшему. В 2 (5,4%) случаях, наряду с ушиванием ран

печени, выполнена спленэктомия. И в 1 (2,7%) случае ушивались раны печени и кишечника.

Из всех пострадавших с сочетанной абдоминальной травмой умерло 17 (45,9%) пациентов.

Сочетанная абдоминальная травма относится к разряду тяжёлых повреждений и требует экстренного оперативного пособия. Вне сомнения, исход травмы напрямую зависит от сроков доставки пострадавших в стационар, характера травмы и степени шока. Около половины всех повреждений живота при политравме, согласно нашим данным, случается в мирное время при дорожно-транспортных происшествиях; значительное место занимают кататравма и производственный травматизм.

#### *Литература*

1. Абакумов, М.М. Damage control: что нового? / М.М. Абакумов, П.М. Богопольский // Хирургия. – 2007. - № 11. – С. 59-62
2. Багдасарова, Е.А. Тактика лечения повреждений живота при сочетанной травме: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / Е.А. Багдасарова. - Москва, 2008. – 51 с.
3. Соколов, В. А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов. - М.: Геотар-медиа, 2006. -512 с.

## **СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

*Гаврилик Б.Л.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Операции, выполненные на разных органах и системах одновременно из одного или нескольких оперативных доступов, называются симультанными. Сочетанные или симультанные операции на органах брюшной полости чаще всего выполняются бригадой *хирург и гинеколог, гинеколог и уролог*.

В экстренной и плановой оперативной гинекологии нередко возникают ситуации, требующие выполнения симультанных операций [2]. Это позволяет избежать повторных оперативных вмешательств, что меньше травмирует психику пациенток, а экономический эффект подобных операций не вызывает сомнения [3]. Решение о выполнении симультанной операции должно определяться коллегиально хирургами различных специальностей посредством консилиума при обязательном