

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ГРУДИ И ЖИВОТА

Антонович О.А., Шиммель О.Ч., Кизелевич Е.Э.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Климович И.И.

В настоящее время частота закрытых травм и ранений груди и живота не имеет тенденции к снижению. Это обусловлено ростом частоты травматизма транспортного, производственного и бытового.

**Цель:** изучить ретроспективные результаты лечения пациентов с травмой груди и живота в зависимости от характера травмы.

**Материал и методы.** За 2008 – 2009гг. в хирургическое отделение ГКО СМП г. Гродно поступило 79 пациентов с изолированной и сочетанной травмой груди и живота. Мужчин 67(84,8%), женщин 12(15,2%). Возраст от 16 до 79 лет. Состояние пациентов при поступлении расценено как удовлетворительное у 12(15,2%), средней степени тяжести у 20, (25,3%) тяжелое у 42(53,2%), без сознания доставлено 5(6,3%) больных. Выписано 63(79,7%), умерло 16(21,3%), общая летальность 20,25%, послеоперационная смертность 16,13%.

В зависимости от сочетанных повреждений пациенты разделились по следующим группам: повреждение органов брюшной полости и закрытая черепно-мозговая травма 15 (20,0%) больных; травма органов брюшной полости и опорно-двигательного аппарата 8 (10,1%); травма органов грудной и брюшной полости 56 (69,9%) пациентов.

Время с момента получения травмы и поступления в стационар составило до 1 часа 56 пациентов, с 1 ч до 4ч – 29 человек, с 4ч до 12 ч – 11, с 12 до 24ч – 0 и более 24 часов – 1. В состоянии алкогольного опьянения поступило – 16 пациентов. Обстоятельства получения травмы: бытовая – 73(92,4%), производственная – 2 (2,5%), дорожно-транспортное происшествие – 22(27,8%). Клиническая симптоматика, характерная для монотравмы, при сочетанной травме сглаживается. Это объяснялось наличием у пациентов алкогольного опьянения тяжелой степени, черепно-мозговой травмы, шока и гипотонии, сочетающихся с повреждением полых органов живота. Как результат – снижение брюшных рефлексов, у 5(6,3%) пациентов отсутствовали симптомы раздражения брюшины. В то же время у 3(3,8%) пациентов забрюшинные и тазовые гематомы стимулировали абдоминальный синдром. Поэтому очень ценную информацию можно получить с помощью инструментальных методов. При травме живота и неясном диагнозе предпочтительнее лапароскопия, поскольку он не требует устойчивой компенсации состояния пациентов и специального оборудования, в отличие от лапаротомии. При обследовании пациента необходимо обращать внимание на средину передней брюшной стенки, грудной клетки, переломы X – XII ребер, особенно слева (что указывает на повреждение селезенки) наличия пневмоперитонеума. При подозрении на повреждение почек показано УЗИ почек, выделительная урография. Хирургическому лечению подверглись 62 (78,5%) пациента, которым выполнено – 67 хирургических вмешательств. Неотложные операции выполнены у 72 (97,3%), срочные у 7 (2,7%). Одно хирургическое вмешательство выполнено у 59 (74,7%) пациентов, от 2 до 3 оперативных вмешательств у 3 (3,8%) пациентов, симультанные операции выполнены у 9 (11,4%) пациентов.

### Литература:

1. Брюсов П.Г. Запрограммированное многоэтапное хирургическое лечение при политравме / П.Г.Брюсов / Хирургия.–2009.–№10. – С. 42–46.
2. Тулупов А.Н., Шапот Ю.Б. Классификация механических повреждений груди / А.Н.Тулупов, Ю.Б.Шапот / Вестник хирургии.–2007.–№1. – С. 21–24.