

органов желудочно-кишечного тракта//Вопр. онкол.–1991.–№ 1.– С. 3–10.

2. Злокачественные новообразования в России в 1997 году (заболеваемость и смертность) //Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Л.В. Ременник. М. – 1999. – 288 с.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ЖИВОТА И ГРУДИ

Настаева Н.А., Васильчук О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - доцент Н.Д.Маслакова

В связи с бурным развитием урбанизации, автоматизации во многих странах мира отмечается тенденция к увеличению травматизма.

В структуре травматизма мирного времени закрытые травмы живота составляют от 1,5% до 4%. По данным литературы в 99% случаев торакоабдоминальные повреждения (Т.П.) являются следствием проникающих ранений груди и живота и в 10% случаев - закрытых травм. Среди общего числа больных с проникающими ранениями Т.П. составляют 10-15%. В результате применения колющего оружия повреждения возникают в 90% и в 10% - огнестрельного. В 70% случаев ранения бывают левосторонними, в 28% - правосторонними, в 2% - двусторонними. Для закрытой травмы живота характерны три основных симптома: абдоминальный шок, кровотечение и перитонит, которые могут быть выражены в различной степени и дают сложный комплекс непостоянных симптомов, что требует от хирурга большой настороженности при оценке состояния больного. Эти травмы могут быть получены в результате ДТП, падений с высоты, тупого удара в живот, бытовой травмы. Создаются большие диагностические трудности, когда пациент с травмой находится в алкогольном опьянении или бессознательном состоянии на почве ЧМТ.

Настоящее исследование проведено по результатам лечения больных с травмами ОГК и ОБП в течение 5 лет на базе работы хирургического отделения Ж/Д больницы г.Гродно. С 2001 по 2006 годы в хирургическом стационаре Ж/Д больницы г.Гродно лечилось 103 человека с травмами ОГК и ОБП.

Среди больных преобладали мужчины (82 человека) в возрасте от 16 до 78 лет. Средний возраст составил 37,2 года. В первые 6 часов с момента ранения поступили 97 человек (94%), от 7 до 24 часов - 3 человека (3%), свыше 24 часов - 3 человека (3%). Причиной травм ОГК и ОБП являлись: ножевые ранения - 73 (70,9%), тупая травма - 24 (23,3%), рваные раны - 4 (3,9%), огнестрельные ранения - 4 (3,9%).

15% больных было доставлено в стационар в состоянии алкогольного опьянения. При обследовании ранения живота выявлены в 61 случае (59,2%), груди - в 30 случаях (29,1%), конечностей - в 7 случаях (6,8%), спины - в 4 случаях (4%), промежности - в 1 случае (0,9%). Имели место следующие повреждения: печени - 9, селезенки - 7, желудка - 2, почек - 2, тонкой кишки - 10, толстой кишки - 6, большого сальника - 4, диафрагмы - 1, лёгкого - 2, забрюшинный разрыв 12ПК - 3, разрыв поджелудочной железы - 2, разрыв париетальной брюшины - 1.

В результате травм развились следующие осложнения: перитонит - 9, гемоперитонеум - 23, гемоторакс - 4, пневмоторакс - 3, забрюшинная гематома - 4.

Диагностика повреждений внутренних органов заключалась в выполнении обзорной рентгенографии ОГК и ОБП, УЗИ. Лапароскопия имела решающее значение для диагностики повреждений ОБП и определения лечебной тактики. Вид и объём хирургического вмешательства: ушивание раны лёгкого - 3, дренирование плевральной полости по Бюлау - 19, ушивание ран печени - 9, почек - 1, диафрагмы - 1, брюшины - 1, тонкой кишки - 8, толстой кишки - 4, большого сальника - 2, желудка - 2, 12ПК - 3, наложение илеостомы - 1, сигмостомы - 1, спленэктомия - 8, нефрэктомия - 1, холецистэктомия - 1. Летальность

составила 0,97% (1 больной). Это пациент с тяжёлыми повреждениями ОБП (печени, желудка, 12ПК, аорты) полученными в результате проникающего огнестрельного ранения.

Выводы. Повреждения ОГК и ОБП в большинстве случаев получены в результате ножевых ранений; диагностика повреждений должна быть комплексной (УЗИ, обзорная рентгенография ОГК и ОБП). Лапароскопия не должна быть единственным методом выявления повреждений внутренних органов и должна конкурировать с менее травматичными манипуляциями (УЗИ, лапароцентез с шарящим катетером, торакокопия, рентгенография).

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН – АКТУАЛЬНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА

Настаева Н.А., Белая И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Н.А. Нечипоренко

Недержание мочи при напряжении (НМпН) отмечается у 30% женщин в возрасте 50 лет и старше. Все это делает НМпН актуальной медицинской и социальной проблемой.

Цель исследования. Представить социальные и медицинские аспекты недержания мочи при напряжении (НМпН) у женщин и анализ эффективности методов коррекции этого страдания.

Материал и методы. Изучили клинические проявления НМпН у женщин, методы диагностики и результаты лечения у 112 женщин в возрасте 39-67 лет, лечившихся в урологической клинике ГрГМУ с 1997 по 2002 год.

Результаты и обсуждение. Ведущим симптомом НМпН у женщин является произвольное выделение мочи из уретры при внезапном повышении внутрибрюшного давления (смех, кашель, поднятие тяжести и т.д.) при отсутствии позыва на мочеиспускание.