

составило $4,7 \pm 0,47\%$ (в абсолютном исчислении – 98 больных). Данные историй подвергнуты коррелятивному анализу. При этом использовались показатели ранговой корреляции (Gamma). Проведено также сравнительно-статистическое исследование.

Результаты. В ходе исследования установлено, что большая часть больных с врожденной патологией представлена детьми первого года жизни – $62,2 \pm 4,9\%$. Дети более старшего возраста в этой категории больных составили $34,7 \pm 4,8\%$, а лица молодого (до 40 лет) возраста $3,1 \pm 1,7\%$. Среди лиц старших возрастных категорий больных с врожденными пороками развития не отмечено. Наиболее частыми причинами госпитализации в инфекционный стационар больных с сопутствующей врожденной патологией стали выраженные диспепсические расстройства в $49,0 \pm 5,1\%$ случаев (корреляционная связь $+0,27$; $p < 0,01$); пневмонии – в $34,7 \pm 4,8\%$ (корреляционная связь $+0,6$; $p < 0,0001$); неврологическая симптоматика – $14,3 \pm 3,6\%$, в том числе судорожный синдром – $9,3 \pm 2,9\%$ (корреляционная связь $+0,6$; $p < 0,0001$); сальмонеллез – $6,1 \pm 2,4\%$ (корреляционная связь $+0,4$; $p < 0,01$) контакт с инфекционными больными $5,1 \pm 2,2\%$ случаев ($+0,74$; $p < 0,0001$). Различия в частоте поступления больных с непрофильной патологией в группах больных с пороками развития и без таковых были недостоверными. Поступление больных с врожденными пороками развития в течение года было неравномерным. Так, чаще эти больные поступали в феврале и марте (корреляционная связь $+0,35$; $p < 0,01$), реже – в июне и июле (корреляционная связь $-0,45$; $p < 0,01$ и $-0,37$; $p < 0,05$, соответственно). Длительность пребывания в ОРИТ больных с грубой врожденной патологией не отличалась достоверно от длительности пребывания остальных больных, однако выявлена слабая корреляционная связь группы больных с врожденной патологией и длительностью пребывания в ОРИТ ($+0,18$; $p < 0,01$).

Выводы. Полученные данные позволяют установить, что больные с врожденной патологией чаще поступают в инфекционную больницу из других стационаров по причине выявления у них синдрома диареи, причиной которой может являться как дисбактериоз (следствие продолжительной антибиотикотерапии), так и внутрибольничное заражение острыми кишечными инфекциями (в т.ч. сальмонеллезом). Другими причинами перевода были параинфекционные показания: судорожный синдром, токсикоз на фоне пневмонии (возможно, внутрибольничной) и контакт с больными инфекционной патологией.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ В ВОЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ В МИРНОЕ ВРЕМЯ

Турченко М.А., Флеров А.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – доц. Маслакова Н.Д.

Сочетанная травма отличается особой тяжестью клинических проявлений, сопровождающихся значительным расстройством жизненно важных функций организма, трудностью диагностики, сложностью лечения, высоким процентом инвалидности, высокой летальностью. Эти повреждения значительно чаще сопровождаются травматическим шоком, кровопотерей, угрожающими расстройствами кровообращения и дыхания. О тяжести сочетанной травмы свидетельствуют показатели летальности. При изолированных переломах она составляет -2% , при множественных – 16% , при сочетанных повреждениях -50% и более.

При сочетанной травме каждое из повреждений усугубляет тяжесть общей патологической ситуации и наряду с этим каждое конкретное повреждение протекает

тяжелее, с большим риском инфекционных осложнений, чем при изолированной травме. Поэтому огромную роль в синдроме взаимного отягощения играют повреждения органов брюшной полости, забрюшинного пространства и опорно-двигательного аппарата.

Настоящее исследование проведено по результатам лечения больных с сочетанной травмой в течение 5 лет на базе работы Военного Медицинского Центра г. Гродно. С 2001 по 2006 годы лечилось 7 больных мужского пола с сочетанной травмой в возрасте от 20 до 43 лет. Средний возраст всех больных составил 27,9 года. По нашим данным, механизмом сочетанной травмы являлись: ножевое ранение (1 случай), колотое ранение (1 случай), огнестрельное ранение (2 случая), минновзрывное ранение (1 случай), тупая травма (2 случая). Структура сочетанной травмы следующая: 3 случая – сочетание ранения легкого, перелома ребер и перелома конечности (в одном из случаев 5 повторных операций на коленном суставе); 1 случай – сочетание ранения подвздошной кишки и ее брыжейки, слепой кишки (дополнительно произведена типичная аппендэктомия); 1 случай – сочетание дефекта диафрагмы (размер 18 см на 12 см), травмы легкого, селезенки, желудка по большой кривизне, сальника и перелома ребер; 1 случай – сочетание ранения печени, желудка по малой кривизне и перелома ребер; 1 случай – сочетание разрыва левой почки, травмы селезенки, желудка по большой кривизне, толстого кишечника и его брыжейки и перелома ребер. Летальность составила 28,6% (2 человека). Это больные с огнестрельными ранениями.

Проанализировав все случаи сочетанных травм, по нашему мнению, ошибкой является проведение торакотомии путем расширения имеющейся раны груди, через которую невозможно выполнить полноценную ревизию плевральной полости и операцию. Независимо от локализации раны, следует делать типичные разрезы, а затем уже, при необходимости, - первичную обработку. Торакотомический разрез нужно выполнять с учетом клинических и рентгенологических данных и направления раневого канала, по возможности сопоставляя локализацию входного и выходного раневых отверстий. Во время ревизии плевральной полости всегда следует педантично осмотреть поврежденные органы и устранить выявленные дефекты. При этом необходимо внимательно проверить все подозрительные на наличие гематомы участки. Оставленные неушитыми даже незначительные раны сосудов могут явиться причинами развития вторичных кровотечений. Поэтому мы рекомендуем всегда производить диагностическую, а при необходимости, лечебную пункцию и дренирование плевральной полости при ранениях грудной клетки (в 1 случае при тупой травме грудной клетки через 4 дня после операции было произведено дренирование правой плевральной полости по причине среднего гемоторакса).

Литература:

1. Шапошников Ю.Г. и соавторы. Повреждения живота. М: Медицина 1986.
2. Сборник лекций, посвященный 10 – летию ВМФ в БГМУ. Минск, 2005.

ПРОБЛЕМА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Уколова А.М., Калейчик Ю.И., Кажина М.В., Биркос В.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Кажина М.В.

Актуальность. Невынашивание беременности (НБ) – это самопроизвольное ее прерывание до 38-й (полных 37) недели. НБ является одной из важнейших медико-социальных проблем современности.