

сокой температуры и интерпретирован как фебрильные судороги, у 1 - в неонатальном периоде по данным анамнеза. Синдром задержки психомоторного развития отмечен у 3 детей – у всех пациентов задержка составила более 1, но менее 2 эпикризных интервалов.

Выводы. 1. Среди факторов риска развития ППЦНС на современном этапе в Украине основное значение имеют: бесплодие, которому предшествовали аборт, самопроизвольные выкидыши, недоношенность, гестоз беременной и оценка ребенка по шкале Апгар менее 4 баллов на 1-ой минуте. 2. В анамнезе у детей грудного возраста, перенесших ППЦНС гипоксически-ишемического генеза, имеют место синдромы: двигательных нарушений (60,3%); вегето-висцеральных дисфункций (42,4%); гидроцефальный (19,1%); судорожный (15,0 %); задержки психомоторного развития(4,1%). У 28,7% больных имеет место сочетание двух, а у 11 (15%) пациентов - трех неврологических синдромов.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ЖИВОТА

Климович И.И.¹, Страпко В.П.¹, Амбрушкевич И.Г.² Варсевич И.Г.²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Гродно»

Актуальность. С каждым годом количество различных по этиологии травм живота увеличивается, поэтому проблема приобретает не только медицинское, но и социальное значение [1,2]. По данным ВОЗ, от травм во всем мире гибнет ежегодно более 1млн. 300 тыс. трудоспособных людей, а 8-9 млн. человек получают повреждения различной степени тяжести [1].

Цель. Выяснить причинные факторы травм живота и оценить результаты диагностики и лечения пациентов.

Материалы и методы исследования. Нами проанализировали 164 истории болезней пациентов с открытыми и закрытыми травмами живота, находившихся на лечении в хирургическом отделении клинической больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 2008 по 2014 гг.

Результаты исследования. Среди пациентов мужчин было 139(84,76%), женщин 25(15,24%). Возраст пациентов колебался от 18 до 83 лет, в среднем составил 39,4±4,7 лет. Открытая травма живота наблюдалась у 86(52,44%) пациентов, ножевые ранения были у 51(59,30%), колото-резанные у 18(20,93%), кататравма у 10(11,63%), ДТП у 7(8,14%). Закрытая травма живота диагностирована у 78(47,56%), причинными факторами которой были ДТП у 33(42,31%), падение по неосторожности у 27(34,61%), непосредственный удар в живот у 16(20,51%), спортивная травма у 2(2,56%). При открытой

травме живота констатировали изолированные повреждения органов брюшной полости у 62(72,09%) пациентов и сочетанные у 24(27,91%), а при закрытой изолированные травмы у 52(66,67%) пациентов и сочетанные у 26(33,33%). В состоянии алкогольного опьянения с травмой живота поступило 25(15,24%) пациентов. С проникающими ножевыми ранениями и с попыткой суицида было 9(5,49%) человек. Характер травм живота отражен в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. – Характер поврежденных живота при изолированной травме

Открытая травма живота		Закрытая травма живота	
Изолированное повреждение 62(72,09%)	Количество пациентов(%)	Изолированное повреждение 52(66,67%)	Количество пациентов(%)
1. Тонкого кишечника и её брыжейки	17(27,42%)	1.Селезёнки	23(44,23%)
2. Печени	11(17,74%)	2.Печени	9(17,3%)
3.Толстого кишечника и его брыжейки	7(11,29%)	3.Тонкого кишечника	9(17,3%)
4. Селезёнки	5(8,06%)	4.Поджелудочной железы	1(1,92%)
5. Желудка	5(8,06%)	5.Разрыв диафрагмы	1(1,92%)
6. Большого сальника	1(1,61%)	6.Большого сальника	1(1,92%)
7. Малого сальника	1(1,61%)	7. Кровоизлияние в желудочно-ободочную связку	1(1,92%)
8. Почки	1(1,61%)	8. Разрыв яичника	1(1,92%)
9. Червеобразного отростка	1(1,61%)	9. Забрюшинная гематома	3(5,78%)
10. Ножевое проникающее ранение без повреждения внутренних органов	13(20,97%)	10.Ушибы брюшной стенки	3(5,78%)

Таблица 2. – Характер поврежденных живота при сочетанной травме

Открытые повреждения		Закрытые повреждения	
Сочетанные повреждения 24(27,91%)	Количество пациентов(%)	Сочетанные повреждения 26(33,33%)	Количество пациентов(%)
1.Большого сальника и тонкого кишечника	5(20,83%)	1.Печени и селезёнки	3(11,54%)
2.Тонкого и толстого кишечника	3(12,5%)	2.Селезёнки и брыжейки тонкой кишки	3(11,54%)

3.Печени и селезёнки, толстого и тонкого кишечника	3(12,5%)	3.Разрыв селезёнки, печени, повреждение купола диафрагмы желудка, сигмовидной кишки	3(11,54%)
4.Печени и желудка	2(8,33%)	4.Разрыв селезёнки, травма почки и серповидной связки печени	3(11,54%)
5.Печени и диафрагмы, желудочно-ободочной связки, брыжейки толстого кишечника и желчного пузыря	3(12,5%)	5.Разрыв тонкой кишки и её брыжейки, поперечно-ободочной кишки, разрыв селезёнки и круглой связки печени, большого сальника	3(11,54%)
6.Печени и желчного пузыря	1(4,17%)	6.Круглой связки печени, желчного пузыря, большого сальника	2(7,69%)
7.Большого сальника и селезёнки	1(4,17%)	7.Закрытая травма перфорация полого органа	2(7,69%)
8.Селезёнки, тонкого и толстого кишечника	2(8,33%)	8.Желудка и сигмовидной кишки	2(7,69%)
9.Желудка и диафрагмы	1(4,17%)	9.Большого сальника, тонкого и толстого кишечника	3(11,54%)
10.Селезёнки и диафрагмы	1(4,17%)	10.Печени и поджелудочной железы	1(3,84%)
11. Желудка, большого сальника, тонкого и толстого кишечника.	2(8,33%)	11.Гематома гепатодуоденальной связки, повреждение толстого кишечника, разрыв круглой связки печени	1(3,84%)

При закрытой изолированной травме повреждение селезёнки было у 23(44,23%) пациентов, печени – 9(17,3%) и тонкого кишечника также у 9(17,3%). При открытой изолированной травме повреждения тонкого кишечника и его брыжейки было у 17(27,42%) пациентов, печени – 11(17,74%) и толстого кишечника и его брыжейки у 7(11,29%). Причинными факторами открытых травм живота, чаще всего являлось проникающее ножевое ранение. При этом открытые ранения без повреждения внутренних органов отмечались у 13(20,97%) пациентов, а при закрытой у 3(5,78%). При закрытой сочетанной травме повреждение печени и селезёнки было у 3(11,54%) пациентов, При открытой сочетанной травме отмечалось повреждение большого сальника и тонкого кишечника у 5(20,83%). С целью диагностики нами учитывались анамнез, механизм получения травмы, данные объективных методов исследования, лабораторных и дополнительных методов исследования (рентгенологических, УЗИ, КТ, МТР). В трудных случаях диагностики травм живота нами у

32(19,51%) пациентов, проводилась лапароскопия брюшной полости, а у 4(2,44%) – лапароцентез, что позволило установить окончательный диагноз и предпринять верную тактику лечения. При закрытых и открытых повреждениях живота, сопровождающихся изолированной и сочетанной травмой повреждения селезёнки наблюдалось у 48(29,27%) пациентов, печени у 45(27,44%), желудка у 14(8,57%), диафрагмы у 5(3,05%). У всех больных с повреждением селезёнки производили спленэктомию, а при изолированной травме её и гемоперитонеуме больше 400-500 мл выполняли аутогемотрансфузию, а так же аутотрансплантацию ткани селезёнки в область брыжейки тонкой кишки. При травме печени проводили ушивание ран печени, при глубоких ранах использовали большой сальник на питающей ножке, а так же изолированный. В 3-х случаях при размозжении ткани печени, выполнили атипичную резекцию печени с применением гемостатической губки тахокомб. При ранении желудка у 12(85,71%) больных выполнили ушивание ран желудка и у 2(14,39%) пациентов произведена резекция желудка, поскольку имелись нарушения трофики части желудка. У всех 5(100%) больных с ранениями диафрагмы произведено её ушивание. У 52(31,71%) больных отмечались редко встречающиеся повреждения других органов брюшной полости, что отражено в таблицах 1 и 2.

Выводы.

1. Самой частой причиной открытых травм живота были ножевые ранения, а закрытых ДТП.
2. Наиболее часто при травмах живота повреждаются паренхиматозные органы (селезёнка и печень).
3. При травмах живота с целью диагностики необходимо учитывать механизм травмы, клинические проявления и данные дополнительных методов исследования.
4. Лечение должно быть строго индивидуализировано.

Литература

1. Соколов В. А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов. – М.: Гео-тармедиа, 2006. -512с.
2. Замятин П.Н., Бойко В.В., Овусу Франк. Структура повреждений и факторы травматогенеза при кататравме// Клиническая хирургия. – 2008. – №1. – С. 43-45.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ АССОЦИИРОВАННЫХ С HELICOBACTER PYLORI ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Климович И.И.¹, Страпко В.П.¹, Киселёва Е.А.², Власов О.В.²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Гродно»

Актуальность. В настоящее время отмечается рост язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и 12 перстной кишки (12 ПК) на фоне вос-