

шой достоверности ($p < 0,001$). Поскольку стадия заболевания являлась вложением в категории pTNM, в выводе указывались именно эти признаки. Полученные результаты соответствуют современным представлениям о выживаемости больных раком легкого. По сравнению с другими работами посвященными этой проблеме, данное исследование имеет глубокое математическое обоснование полученных результатов.

ПОЛИТРАВМА: ПРИЧИНЫ, СТРУКТУРА, ЛЕЧЕНИЕ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ

Д.В. Николаев

Научный руководитель – к.м.н., доцент *С.А.Жидков*
Белорусский государственный медицинский университет

Целью настоящего исследования являются: выявление основных причин, анализ структуры политравмы, определение объема противошоковых мероприятий при первичной обращаемости, распределение по степеням тяжести повреждений при поступлении в стационар, анализ оказания специализированной медицинской помощи при политравме. Для ответа на поставленные вопросы были проанализированы истории болезней 641 пациентов, проходивших лечение в центре сочетанной травмы г. Минска за последний год, изучение отечественной и зарубежной литературы, сопоставление полученных данных.

Актуальность работы определяется высокой летальностью при сочетанной травме даже в высокоразвитых странах, отсутствием единых подходов к вопросам прогнозирования развития осложнений и лечения политравмы, как при первичной обращаемости, так и в процессе дальнейшего оказания помощи.

В центре сочетанной травмы г. Минска проходили лечение 641 пациент в возрасте от 16 до 90 лет. Мужчин было 419 (65,4%), женщин - 223 (34,6%). 529 пострадавших (82,5%) имели травмы средней и тяжелой степени (тяжесть состояния при поступлении в стационар оценивалась по шкале ВПХ-МТ); с клиникой шока поступило 267 пациентов (41,7%): I степени – 24 (9%), II степени – 84 (31,5%), III степени – 68 (25,5%), IV степени – 91 (34%). 488 пострадавших (76,1%) – лица трудоспособного возраста.

Следует отметить, что две трети всех пострадавших медицинскую помощь на догоспитальном этапе в полном объеме не получили; кроме того, довольно часты случаи, когда пациентов с тяжелыми повреждениями внутренних органов, продолжающимся кровотечением везли мимо стационаров, имеющих хирургические отделения.

Анализируя оперативные вмешательства, следует отметить, что 38 пациентам произведена трепанация черепа (27 - в первые 6 ч); 14 - торакотомия (10,0% от всех тяжелых травм груди); лапаротомия — 60 пострадавшим (38 - в первый час после поступления). Остеосинтез длинных трубчатых костей произведен 132 пострадавшим (77,1% от всех травм конечностей). Операции производились в основном, в период от 4 до 14 суток, т.е. после выведения пострадавшего из шока.

Различные осложнения развились у 136 пострадавших (21,2%), чаще всего с тяжелыми травмами головы, груди, живота и нижних конечностей у лиц старше 60 лет. Умерло 54 пациента (8,4%), из них 17 от травмы несовместимой с жизнью, 11 - от кровопотери, 21 - от обострения тяжелых сопутствующих заболеваний у пожилых пострадавших. От пневмонии и гнойно-септических осложнений умерло всего 6 пациентов, что говорит об эффективном лечении пострадавших.

Выводы по работе:

1. Причинами политравмы, в подавляющем большинстве случаев (82,7%), являются аварии и падение с высоты.
2. 82,5% пострадавших имели травмы средней и тяжелой степени.
3. С клиникой шока поступило 41,7% пострадавших: 9% - I степени; 31,5% - II степени; 25,5% - III степени; 34% - IV степени.
4. Только треть пострадавших получили медицинскую помощь на догоспитальном этапе в полном объеме.

5. 38 пациентам произведена трепанация черепа (27 - в первые 6 ч); 14 - торакотомия (10,0% от всех тяжелых травм груди); 60 пострадавшим - лапаротомия (38 - в первый час после поступления). Остеосинтез длинных трубчатых костей произведен 132 пострадавшим (77,1% от всех травм конечностей).

6. Политравма является медико-социальной проблемой, так как 76,1% пострадавших являлись лицами трудоспособного возраста.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИСХОДЫ РАНЕНИЙ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ В МАСШТАБАХ РЕСПУБЛИКИ

Ю.Н. Орловский

Научный руководитель – д.м.н., профессор *А.А. Баешко*
Белорусский государственный медицинский университет

Ранения нижней полой вены (РНПВ) – редко встречающаяся сосудистая патология, исход при которой зависит от своевременности доставки пострадавших в хирургический стационар, полноценности интенсивной терапии и хирургического лечения.

Цель исследования – проанализировать на материале лечебных учреждений частоту встречаемости и результаты оказания помощи больным с РНПВ в масштабах Республики.

За 20-летний период в лечебные учреждения были госпитализированы 102 больных с РНПВ. Средний возраст пострадавших – 31,1 г. В течение 1 часа после получения травмы в больницы было доставлено 69 (67,5%) пострадавших, позже – 33 (32,5%). Причиной РНПВ явились: проникающие колото-резаные ранения брюшной полости (69 – 67,5%), тупая травма живота (29 – 28,2%), огнестрельные ранения (4 – 4,3%). Среди всех травм живота с повреждением магистральных сосудов ранения НПВ составили 44%. Выявлена следующая анатомическая локализация повреждений НПВ: в области слияния подвздошных вен – 7 (7%) инфраренальный + ренальный сегмент – 53 (51,9%) наблюдений, супраренальный – 22 (21,5%), ретропеченочный – 20 (19,6%) случаев.

Линейное ранение одной стенки вены было у 79 (77,4%) пострадавших, сквозное, обеих стенок – у 15 (14,7%), разрыв (пересечение) сосуда – у 8 (7,9%), повреждение печеночных вен – у 7 (6,8%).

В большинстве наблюдений (98 – 96,2%) травма НПВ сочеталась с повреждением органов брюшной полости и забрюшинного пространства, в частности, печени – в 36,9%, тонкой кишки – в 26%, двенадцатиперстной кишки – в 10,8%, поджелудочной железы – в 13%, толстой кишки – в 6,5%, желудка – в 15,2%, легкого – в 10,8%, других органов – в 29,7%.

Повреждение внутренних органов усугубляло тяжесть состояния больных и требовало расширения объема оперативного вмешательства. В соответствии с характером повреждения вены были выполнены следующие виды вмешательств у 80 (78,2%) больных: наложение бокового шва – у 64 (80%), циркулярного – у 7 (8,8%), лигирование сосуда – у 5 (6,2%) и протезирование вены – у 4 (5%) больных. В 22 (21,7%) случаях восстановительную операцию на сосуде сделать не успели. Окончательный гемостаз (наложение сосудистого шва) у 64 больных произведено общим хирургом, у остальных 16 – ангиохирургом, сроки прибытия которого варьировали от 30 мин до 4 ч (в среднем 70 мин). Летальность при ранении ретропеченочного отдела НПВ составила 100%, супраренального – 70%, инфраренального – 30,7%. Всего умерло 55 (53,9%) больных.

Заключение. Ранения НПВ – экстренная хирургическая патология, требующая пристального внимания на всех этапах оказания помощи. Результаты лечения этих больных зависят во многом от своевременности госпитализации и уровня повреждения полой вены. Хирургическое вмешательство при ранении НПВ должен производить высококвалифицированный хирург, владеющий техникой сосудистого шва.