

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ МНОЖИННІЙ ТРАВМІ ЖИВОТА

*Коробова С.П., магістр, Лукавенко І.М., інтерн-магістрант
Науковий керівник – проф. Кононенко М.Г.
СумДУ, медичний інститут, кафедра хірургії з дитячою хірургією
та курсом онкології*

Нами було проаналізовано результати лікування 81 потерпілого з закритою множинною травмою живота.

Більшість було чоловіків (79%) працездатного віку (85,2%). Травма були отримана переважно в побуті (92,6%) внаслідок побиття (43,2%) та ДТП (24,7%). Ми відмічали відносно пізню госпіталізацію: до 3-х годин з моменту отримання травми – 11 (13,6%), від 3 до 6 годин – 16 (19,8%), від 6 до 24 годин – 36 (44,4%), пізніше однієї доби – 18 (22,2%) потерпілих. При обстеженні травмованих в стані середньої важкості знаходилось 15(18,52%), у важкому – 59(72,84%), в край важкому – 7(8,64%).

Прооперовано 79 пацієнтів. Травму лише паренхіматозних органів ми виявили у 30(37,04%), тільки порожнистих органів – 10(12,35%), поєднання травми порожнистих та паренхіматозних органів – у 41(50,62%).

При оперативному втручанні визначали джерело кровотечі, проводили гемостаз та евакуацію ексудату з черевної порожнини. Вибір методу хірургічної обробки пошкоджених органів визначався індивідуально і залежав від стану гемодинаміки хворого та тяжкості пошкоджень органів черевної порожнини. У двох травмованих з масивним пошкодженням печінки та інших органів і нестабільною гемодинамікою операцію втручання проведено за програмою "damage control" з повторним втручанням після компенсації стану.

При поєднаних пошкодженнях паренхіматозних та порожнистих органів паренхіматозні органи, при неможливості їх збереження, видалялись повністю або частково: нефректомія – у 3 пацієнтів, спленектомія – у 5, резекція підшлункової залози була виконана у 2 хворих, резекція печінки – у 1. Дефект порожнисті органів частіше зашивали із висіченням країв, резекція їх була виконана у 6 пацієнтів.

Після операції померло 16(39,02%) хворих, причому за першу добу 13(72,22%) травмованих.