

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.