

и является причиной диагностических ошибок. Из этого следует, что самым информативным методом диагностики канцероматоза легких является видеоторакоскопия с последующей биопсией тканей легкого и лимфоузлов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Interstitial lung disease guideline: the British Thoracic Society in collaboration with the Thoracic Society of Australia and New Zealand and the Irish Thoracic Society / B. Bradley, H. M. Branley, J. J. Egan [et al.] // Thorax. – 2008. – 45p.
2. The radiological patterns of interstitial change at an early phase: over a 4-year follow-up / K. Tsushima, S. Sone, S. Yoshikawa [et al.] // Respir Med. – 2010. – № 104. – P. 1712.
3. Шмелев, Е. И. Дифференциальная диагностика интерстициальных болезней легких / Е. И. Шмелев // Consilium medicum. – 2003. – С. 176–181.
4. Хоффер Матиас Компьютерная томография. Базовое руководство. Издание второе, переработанное и дополненное. // М.: Мед.лит., 2008. – 228 с.

УДК 616.381-001-089.85:001.891(100)

И. А. Селиванов, П. Д. Терещенко

Научный руководитель: профессор А. А. Литвин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

НАШ ОПЫТ УЧАСТИЯ В МЕЖДУНАРОДНОМ МНОГОЦЕНТРОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ GOAL-TRAUMA. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Введение

Травмы являются причиной 9% всех случаев смерти в мире [1]. При закрытой и открытой травме органов брюшной полости наиболее часто выполняется лапаротомия. Показатели послеоперационной летальности при травме живота достигают 40% [2]. 30-дневная летальность после лапаротомии, выполненной у пациентов с повреждениями органов брюшной полости в странах с высоким уровнем дохода (ВУД), составляет в среднем 9%, а в странах с низким и средним уровнем дохода – 17% [3]. Различия между странами в уровне летальности после травмы живота связаны со многими факторами, но на первом месте находится доступность и качество экстренной хирургической помощи. Также имеются различия в используемых стандартах/протоколах и клинических рекомендациях для диагностики и лечения травмы органов брюшной полости.

В настоящее время проводится международное многоцентровое исследование GOAL-Trauma, которое направлено на изучение результатов хирургического лечения пациентов, перенесших лапаротомию по поводу травмы живота [4]. В этом исследовании нам удалось принять участие.

Цель

Анализ результатов хирургического лечения пациентов с травмой живота в рамках международного многоцентрового исследования GOAL-Trauma.

Материал и методы исследования

Исследование выполнялось на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Период исследования, в течение которого мы участвовали в наборе пациентов – январь 2025 года.

Информация об исследовании. The GOAL-Trauma Study (Global Outcomes After Laparotomy for Trauma) – это международное многоцентровое обсервационное исследование, в рамках которого собираются данные по основным параметрам пациентов, перенесших лапаротомию по поводу травмы живота.

Форма каждого клинического случая разделена на 3 подраздела: данные о госпитализации, данные об операции и результаты лечения пациента с травмой живота.

Данные собираются с использованием технологии REDCap.

Критерии включения. Пациенты любого возраста, поступившие в больницу с закрытой или открытой травмой живота и перенесшими лапаротомию в течение 5 дней после поступления стационар.

Критерии исключения. Пациенты, перенесшие лапаротомию ≥ 5 дней с момента поступления в больницу; пациенты, которым выполнены лапароскопические (в том числе лапароскопические, преобразованные в открытые) или роботизированные операции.

Результаты исследования и их обсуждение

За указанный период в УЗ «ГГКБСМП» поступил один пациент с травмой живота, потребовавшей выполнения лапаротомии.

Приводим краткое описание клинического случая. В 01.25 в приемное отделение УЗ «ГГКБСМП» бригадой скорой помощи был доставлен Пациент Н., 54 года, который предъявлял жалобы на наличие раны на передней брюшной стенке, боли в правых отделах живота. В мезогастрии, выше пупочного кольца на 2 см, по парастеральной линии слева выявлена рана 1,0х0,5 см с острыми углами, ровными краями. Общее состояние средней степени тяжести. Температура 36,6, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Артериальное давление 128/80 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 90 ударов минуту, тоны сердца приглушены. ЧДД – 16 в мин. Потребности в кислороде нет. Дыхание везикулярное с обеих сторон. Живот мягкий доступен для глубокой пальпации, болезненный в области раны. Перистальтика вялая. Стул оформленный. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови на момент поступления в пределах нормы. УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости в брюшной полости не выявило. Пациенту был выставлен диагноз: Колото-резанная рана передней брюшной стенки. Сопутствующий диагноз: ИБС атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз. АКИШ, МКШ. Артериальная гипертензия 2 ст., риск 4. Н1. Последствия ОНМК.

Пациент был доставлен в операционную, где была выполнены: ревизия раны передней брюшной стенки (выявлен проникающий характер травмы в брюшную полость), лапаротомия, ушивание ран тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный диагноз: Колото-резанное проникающее ранение живота с повреждением тонкой кишки. Анестезия осуществлялась эндотрахеальным методом. Длительность операции составила 2 часа. Ближайший послеоперационный период (1-е сутки) проводился в отделении реанимации.

В целом послеоперационный период протекал без особенностей. На десятые сутки сняты кожные швы, рана зажила первичным натяжением. На 16-е сутки пациент выписан со стационара в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано наблюдение у хирурга поликлиники по месту жительства. Через 30 дней после операции – состояние пациента удовлетворительное, жалоб нет. Исход заболевания – выздоровление.

Лечение Пациента Н. осуществлялось в полном соответствии с Клиническими протоколами РБ.

Выводы

Проводимое международное многоцентровое исследование GOAL-Trauma позволит улучшить своевременность и полноту оказания медицинской помощи пациентам с травмой живота. Наше участие в этом исследовании внесет определенный вклад в решение проблемы доступности и качества лечения пациентов с внутрибрюшными повреждениями во всем мире.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / C. J. L. Murray, T. Vos, R. Lozano [et al.] // The Lancet. – 2012. – Vol. 380(9859). – P. 2197–2223.
2. National Trauma Research and Innovation Collaborative (NaTRIC). Trauma Laparotomy in the UK: A Prospective National Service Evaluation / M. E. R. Marsden, P. E. D. Vulliamy, R. Carden [et al.] // J Am Coll Surg. – 2021. – Vol. 233(3). – P. 383–394.
3. Abdominal Injuries in Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital Sagamu, Nigeria: Pattern and Outcome / B. Ayoade, B. Salami, A. Tade [et al.] // Nigerian Journal of Orthopaedics and Trauma. – 2006. – Vol. 5(2). – P. 45–49.
4. The GOAL-Trauma Study: Global Outcomes After Laparotomy for Trauma [web]. – URL: <https://goaltrauma.org/> (date of access: 28.02.2025).

УДК 616-001.17

П. В. Скакун^{1,2}

Научный руководитель: д.м.н., профессор С. А. Алексеев¹

¹Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

²Учреждение здравоохранения

«Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

г. Минск, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ПРЕДИКТОРОВ ДВС-СИНДРОМА В ПЕРИОДЕ ОЖГОВОЙ ТОКСЕМИИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Введение

Тяжелая термическая травма вызывает патофизиологические изменения в организме, которые приводят к развитию ожоговой болезни. Это состояние сопровождается нарушением функций различных органов и систем, активацией иммунных и воспалительных реакций, метаболическими сдвигами и распределительным шоком. Указанные изменения способствуют возникновению полиорганной недостаточности и могут привести к летальному исходу [1,2,3]. Несмотря на достижения медицины, уровень смертности на разных этапах ожоговой болезни остается высоким, что ставит ее в число ведущих причин смерти среди пациентов хирургического профиля [4].

Компенсаторно-приспособительные механизмы, активирующиеся в ответ на тяжелую ожоговую травму, часто приобретают патологический характер, создавая предпосылки для развития жизнеугрожающих осложнений. Одним из наиболее серьезных осложнений является ДВС-синдром, который играет ключевую роль в формировании синдрома полиорганной недостаточности. Это осложнение наблюдается у 30–50% пациентов с тяжелыми ожогами [4,5].

Из-за высокой динамичности процессов, происходящих при ожоговой болезни, лечение таких пациентов требует индивидуального подхода, который учитывает как особенности самого пациента, так и специфику термической травмы. Успешное лечение ожоговых больных возможно только при условии персонализации терапии и тесного междисциплинарного взаимодействия специалистов.

Цель

Прогнозирование ДВС-синдрома в ранних периодах ожоговой болезни.