

Т.В. Бардонов<sup>1</sup>, М.И. Бальхаев<sup>1,2</sup>

**АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ  
В СОСТОЯНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ЗА 2007–2011 ГГ.  
ПО ДАННЫМ ВТО ГК БСМП ИМ. В.В. АНГАПОВА**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

<sup>2</sup> Бурятский филиал Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Улан-Удэ)

*В статье изложены результаты ретроспективного анализа лечения пациентов с сочетанной травмой в состоянии травматического шока за 2007–2011 гг. по данным ВТО ГК БСМП.*

**Ключевые слова:** сочетанная травма, травматический шок, политравма

**THE ANALYSIS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH COMBINED TRAUMA  
IN THE CONDITION OF TRAUMATIC SHOCK FOR 2007–2011 ACCORDING  
TO THE DATA OF CITY CLINICAL EMERGENCY HOSPITAL NAMED AFTER V.V. ANGAPOV**

T.V. Bardonov<sup>1</sup>, M.I. Balkhaev<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Buryat State University, Ulan-Ude

<sup>2</sup> Buryat Branch of Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery SB RAMS, Ulan-Ude

*The article presents the results of retrospective analysis of treatment of patients with combined trauma in the condition of traumatic shock for 2007–2011 according to the data of City Clinical Emergency Hospital named after V.V. Angapov.*

**Key words:** combined trauma, traumatic shock, polytrauma

По данным ВОЗ, сегодня травмы занимают третье место в ряду причин общей смертности населения. Сочетанная травма составляет, по данным литературы, 9–15 % и по нашим данным — 10–13 % от общего числа больных с травмами. Средний возраст умерших от травм — 34,4 года, а в группе лиц моложе 45 лет сочетанная травма удерживает первое место среди причин летальности населения [2, 3].

Тяжелая сочетанная травма — это большая медико-социальная проблема. К примеру, в США травма стоит на первом месте как причина смертности в возрастной группе до 35 лет (50 %), является третьей по частоте причиной госпитализации в лечебные учреждения США [2, 3].

Научный интерес к проблеме сочетанной травмы возник в последние 20–30 лет в связи со значительным ростом летальности и высоким уровнем инвалидности. Летальность при изолированной скелетной травме составляет 1,5–2 %, при сочетанной — 28,6 % [1, 4, 5]. При тяжелой сочетанной травме опорно-двигательного аппарата, груди, живота, а также при тяжелых черепно-мозговых травмах летальность достигает 90–100 % [3, 4]. Инвалидность вследствие сочетанной травмы достигает 28–50 %, причем основной ее причиной являются повреждения опорно-двигательного аппарата [2].

В настоящее время методологической основой организации помощи пострадавшим с сочетанной травмой, сопровождающейся травматическим шоком, является концепция травматической болезни. Речь идет о детерминированной фазности

патологических и адаптивных процессов, возникающих у пострадавших с тяжелыми механическими повреждениями, что позволяет проводить эффективную терапию возможных осложнений и требует преемственности лечебных мероприятий на догоспитальном и госпитальном этапах [6].

Лечение сочетанных травм — сложный, трудоемкий и длительный процесс, который требует больших материальных затрат. Также остается высокая инвалидизация, которая не имеет тенденции снижения. Таким образом, сочетанные травмы являются одним из основных факторов депопуляции населения РФ. Улучшения качества оказания помощи при них существенно снизили бы потери населения, главным образом, трудоспособного и репродуктивного возраста [7].

**ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Провести анализ лечения пациентов с сочетанной травмой в состоянии травматического шока.
2. Выявить структуру сочетанной травмы.
3. Выявить механизм сочетанной травмы.
4. Определить доминирующую локализацию.
5. Выявить летальность.
6. Определить перспективы оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи пациентам с сочетанной травмой в данном ЛПУ.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Нами проведен ретроспективный анализ 756 историй болезней пациентов с сочетанной трав-

Таблица 1

Основные причины травм (по данным историй болезни)

Основные причины	2007	2008	2009	2010	2011	Всего
ДТП	18	16	12	10	25	81
Кататравма	10	2	2	3	6	23
Бытовая травма	4	3	8	4	1	20
Железнодорожная травма	1	1	–	2	–	4

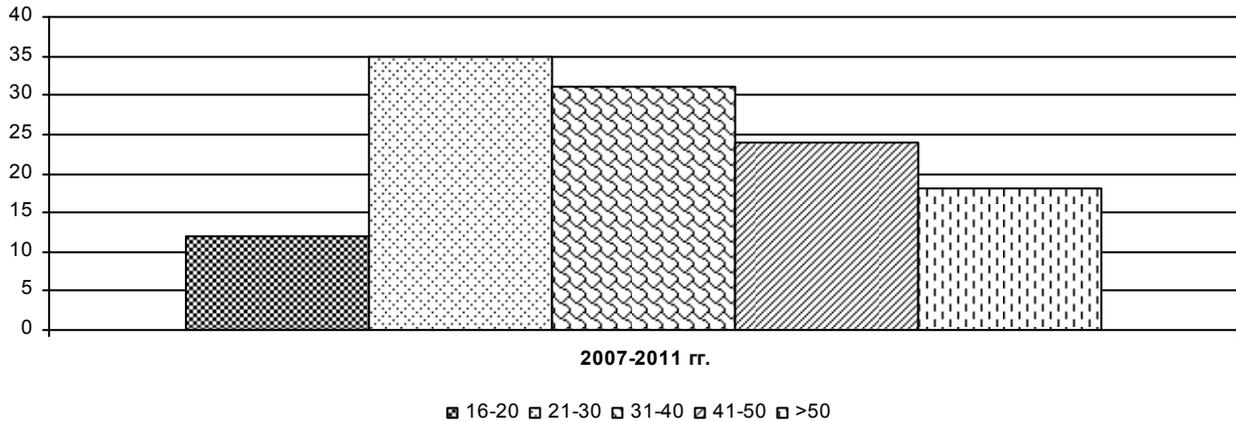


Рис. 1. Распределение больных по возрастным группам.

мой, пролеченных в ВТО ГК БСМП г. Улан-Удэ за 2007–20011 гг. Из них 120 человек находились в состоянии травматического шока.

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

Количество больных с сочетанной травмой не изменяется, а количество пациентов в состоянии травматического шока не уменьшается.

Распределение пациентов в зависимости от степени тяжести травматического шока: 1-й степени – 49 (40,8 %) человек, 2-й степени – 45 (37,5 %), 3-й степени – 25 (20,8 %).

Основные причины травм отражены в таблице 1. Из данных таблицы 1 видно, что основной причиной сочетанных травм, сопровождающихся травматическим шоком, является ДТП (67,5 %).

Соотношение мужчин и женщин составляет 2 : 1, что связано с высокой предрасположенностью мужчин к травмам, связанной с их более активным образом жизни (50 и 27 пациентов соответственно).

Распределение больных по возрастным группам представлено на рисунке 1.

Как видно, основную группу пострадавших составили лица трудоспособного возраста, и причем, эти цифры равны у всех возрастных категорий.

Распределение пострадавших по социальным группам представлено на рисунке 2.

По данным рисунка, чаще подвергается травматизму неработающее население (49,2 %), которое составляет почти половину всех пациентов в состоянии травматического шока. Второе место занимают работающие пациенты (34,2 %), которые ведут более активный образ жизни, а также работа некоторых из них связана с риском для жизни, в отличие от студентов и пенсионеров.

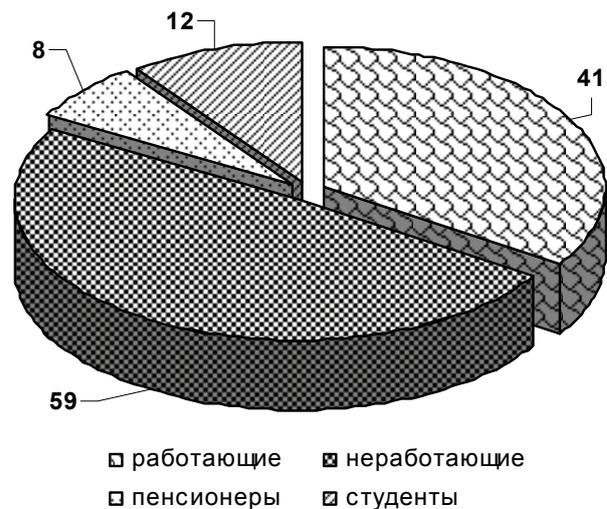


Рис. 2. Распределение больных по социальным группам.

В первый час от момента получения травмы в стационар поступает большинство пациентов (62,3 %), которых доставляют бригады скорой помощи в течение этого времени (табл. 2)

Средний койко-день у больных в состоянии травматического шока составил 30,2 дня. По данным литературы, этот показатель составляет 31 день [7]. Максимальное количество койко-дней составило 72 дня.

Сочетание отдельных нозологических форм:

1. ЧМТ + повреждения конечностей – у 67 пострадавших (55,8 %).

2. ЧМТ + травмы грудной клетки – у 38 (31,6 %) пациентов, из них повреждения легких – у 13 человек.

**Таблица 2**  
**Распределение больных в зависимости от продолжительности догоспитального периода**

Время	2007	2008	2009	2010	2011	Всего
< 1 часа	17	13	18	13	15	76 (63,3 %)
1–3 часа	12	7	4	3	7	33 (27,5 %)
3–6 часов	2	–	–	1	1	4 (3,3 %)
6–12 часов	–	1	–	2	1	4 (3,3 %)
12–24 часа	–	1	–	–	–	1 (0,8 %)
> 24 часов	2	–	–	–	–	2 (1,6 %)
<b>Итого</b>	<b>33</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>120 (100 %)</b>

**Таблица 3**  
**Распределение больных по характеру оперативных вмешательств (n = 145)**

Оперативные вмешательства	2007	2008	2009	2010	2011	итого
Остеосинтез	17	9	15	7	13	61 (27,3 %)
ЧКДО	5	3	1	–	1	10 (4,4 %)
ПХО	17	7	11	7	9	51 (22,8 %)
Торакотомия	–	–	–	–	–	–
Лапаротомия	3	1	1	–	1	6 (2,7 %)
Скелетное вытяжение	18	12	10	12	10	62 (27,8 %)
Торакоцентез	7	1	–	6	8	22 (9,8 %)
Лапароцентез	4	–	4	2	1	11 (4,9 %)

3. ЧМТ + травмы живота – у 20 пациентов (16,6 %), из них повреждения внутренних органов – у 8 человек.

4. ЧМТ + повреждение позвоночника – у 8 пациентов (6,6 %)

5. ЧМТ + повреждения тазового пояса – у 36 пациентов (30 %), из них нарушения целостности тазового кольца – у 20 человек.

На первом месте стоит сочетание ЧМТ и травм конечностей. При этом ЧМТ при сочетанной травме, сопровождающейся травматическим шоком, встречается у 83 пострадавших (69,1 %).

Приведенные выше данные сходятся с данными литературы. По данным литературы, ЧМТ встречается в 70 %, сочетание ЧМТ + другие повреждения – в 50 % случаев [7].

После установления диагноза, в зависимости от сочетания травм, пациентам проводились следующие виды лечения (табл. 3).

Основными оперативными вмешательствами при данной патологии являются остеосинтез (27,3 %), скелетное вытяжение (27,8 %) и ПХО (22,8 %).

Все пациенты с улучшением состояния здоровья были выписаны для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях под наблюдением различных специалистов, таких, как травматолог, ортопед, хирург, невропатолог.

За исследуемый период зарегистрировано 36 летальных случаев (23 %).

В результате ДТП погибло 20 (55,5 %) человек; в результате кататравмы – 10 (27,7 %) человек; в

результате производственной травмы – 3 (8,3 %) человека; в результате противоправной травмы – 2 (8,3 %) человека.

Причиной смерти явились: травматический шок 3 – 4-й степени – 19 человек (52,8 %), ЧМТ – 7 (19,5 %), полиорганная недостаточность – 8 (22,2 %), полиорганная недостаточность + ТЭЛА – 2 человека (5,5 %).

Столь высокий процент летальности объясняется тяжестью течения травматической болезни: высоким процентом ЧМТ, синдромом взаимного отягощения и несовместимостью терапии.

### ВЫВОДЫ

1. По механизму травмы преобладают травмы в результате ДТП.
2. Наиболее частое сочетание – по локализации «конечность + череп».
3. Основные операции – остеосинтез, скелетное вытяжение и ПХО.
4. Наиболее высокая летальность – при сочетании «череп + грудь и/или конечность».
5. Наиболее частая причина смерти – травматический шок 3 – 4-й степени.
6. Средний койко-день у пациентов с сочетанной травмой в состоянии травматического шока составил 30,2 дня.
7. На базе ВТО ГК БСМП им. В.В. Ангапова оказывают полный объем специализированной и квалифицированной помощи с данной патологией, а также планируется открытие травмоцентра 1-го уровня.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. Объективная оценка тяжести травмы у пострадавших с сочетанными повреждениями // Вест. хирургии им. И.И. Грекова. — 2001. — Т. 160, № 6. — С. 42–45.
2. Анкин Л.Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы). — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 173 с.
3. Братищев И.В., Буров Н.Е., Каверина К.П. Оценка тяжести состояния и выбор оптимального мониторинга при внутрибольничном транспортировании пациентов с тяжелой сочетанной травмой // Альманах анестезиол. и реаниматол. — 2002. — № 3. — С. 48–49.
4. Гельфанд Б.Р. Интегральные системы оценки тяжести состояния больных при политравме // Вестник интенсивной терапии. — 2004. — № 1. — С. 58–65.
5. Мухля А.М. Состояние дорожно-транспортного травматизма в Беларуси и организация помощи пострадавшим // Матер. междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 100-летию Гомельской городской больницы скорой медицинской помощи. — Гомель, 2003. — С. 161–164.
6. Организация и оказание специализированной скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при тяжелых сочетанных повреждениях пострадавшим вследствие ДТП. — СПб., 2007. — 44 с.
7. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 518 с.

Сведения об авторах

**Бардонов Тимур Викторович** – врач-интерн ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (670000, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а; e-mail: BardonovTimur@mail.ru)

**Бальхаев Михаил Илларионович** – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет», старший научный сотрудник Бурятского филиала Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (670000, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а)