

Г.А. Красноярцев, А.В. Ваулина, О.О. Козлов

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИТРАВМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Бурятский Государственный Университет (Улан-Удэ)
МУЗ ГК БСМП им. В.В. Ангапова (Улан-Удэ)*В статье приводятся данные клинических проявлений и лечения политравмы у детей и подростков.***Ключевые слова:** политравма, дети, инвалидизация

THE ANALYSIS OF TREATMENT OF POLYTRAUMA IN CHILDREN AND TEENAGERS

G.A. Krasnojarov, A.V. Vaulina, O.O. Kozlov

Buryat State University, Ulan-Ude
State Clinical Hospital of Acute Care named after V.V. Angapova, Ulan-Ude*In the article data of clinical presentations and treatment of polytrauma in children and teenagers.***Key words:** polytrauma, children, incapacity

Под множественной травмой понимается повреждение двух и более анатомо-функциональных образований опорно-двигательного аппарата, под сочетанной травмой — повреждение опорно-двигательного аппарата с одновременной травмой внутренних органов (груди и живота), головы, шеи и других анатомических областей. В настоящее время эти понятия объединяются термином политравма.

Проблема лечения политравм в XX в. стало одной из ключевых проблем мировой медицины. Это объясняется не только увеличением количества таких травм, но и особой тяжестью состояния пострадавших, трудностью диагностики и лечения, высокой летальностью и многообразием этих повреждений. Об особой тяжести состояния пострадавших при политравме свидетельствует сравнительный анализ инвалидизации. При изолированных травмах опорно-двигательного аппарата она составляет 1,9 %, при множественной травме опорно-двигательного аппарата — 10 % и, наконец, при сочетанных повреждениях опорно-двигательного аппарата и внутренних органов (головы, груди и живота) — 32,7 %.

Политравма отличается особой тяжестью клинических проявлений, сопровождающихся значительным расстройством жизненно важных функций организма, трудностью диагностики, сложностью лечения, большим процентом инвалидности, высокой летальностью. Одиночные (изолированные) повреждения относительно редко приводят к тяжелым и критическим состояниям, а при множественных и сочетанных травмах они встречаются более чем у 50 % пострадавших. При одиночных переломах травматический шок различной степени тяжести выявлен только у 0,9 % пострадавших, при политравме — у 50 %. Летальность в ближайшие дни после поступления в стационар у пострадавших с одиночными травмами составляет 0,6 %, с множественными и сочетанными — 14,8 %. Самой частой причиной смерти при политравме является тяжелый травматический шок одновремен-

но с острой массивной потерей крови и тяжелые повреждения жизненно важных органов.

Политравма характеризуется следующими особенностями:

1. Синдром взаимного отягощения.
2. Несовместимость терапии.

Лечение больных с множественными и сочетанными травмами часто отличается многоэтапностью и длительностью: многих из них оперируют два раза и более по поводу травм различной локализации.

Лечение может быть разделено на три периода:

- реанимационный
- лечебный
- реабилитационный.

Весьма большое значение имеет медицинская помощь на догоспитальном этапе. Так, у доставленных попутным транспортом удовлетворительный результат лечения составляет лишь 47 %, в то время как при адекватной помощи они могут достигать 80 % и более.

Центральной проблемой в клинике множественных и сочетанных травм остается выбор оптимального срока и объема оперативных вмешательств. Большинство оперативных вмешательств по поводу повреждений опорно-двигательного аппарата, определение их последовательности и объема, переносится во второй, или лечебный, период политравмы. Этот период при множественной или сочетанной травме после ликвидации шока и грозных осложнений острого периода травматической болезни должен отвечать принципу временного этапного лечения повреждений опорно-двигательного аппарата.

Само по себе наличие травмы головы, живота и т. д. при благоприятном течении не может служить обоснованием для откладывания на длительный срок лечения переломов. Общим правилом для хирургической тактики после ликвидации шока применительно к сочетанным и множественным травмам опорно-двигательного аппарата является стремление на каждом этапе или периоде лечения

сделать максимум возможного с учетом степени риска каждой операции или манипуляции.

Опыт показывает, что при закрытой множественной травме скелета при прочих равных условиях предпочтение в очередности оперативного лечения следует отдавать внутри- и околосуставным переломам со смещением отломков и вывихам, не устраненным консервативными методами. Неправильное сращение или отсутствие консолидации и конгруэнтности суставных поверхностей чревато значительным нарушением функции в отдаленные сроки. Сращение диафизарных переломов при отсутствии идеальной репозиции, как правило, не сказывается столь же серьезно на последующей функции поврежденного сегмента.

В реабилитационном периоде проводится также лечение осложнений множественных и сочетанных повреждений. Лечение осложнений проводят согласно принципам, выработанным для

лечения подобных состояний при изолированной травме. Определенный контингент больных с политравмой в реабилитационном периоде нуждается также в протезно-ортопедических изделиях.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ показателей при политравме у детей и подростков, находившихся на лечение в ДТОО ГК БСМП, в период с 2004 по 2009 г.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 193 больных с политравмой, находившихся на лечении в ДТОО ГК БСМП г. Улан-Удэ за 2004 – 2008 год. Для анализа использовались такие характеристики, как возраст, пол, место жительства пациента, механизм получения травмы, время обращения в стационар, сочетание нозологических форм, вид лечения, срок пребывания

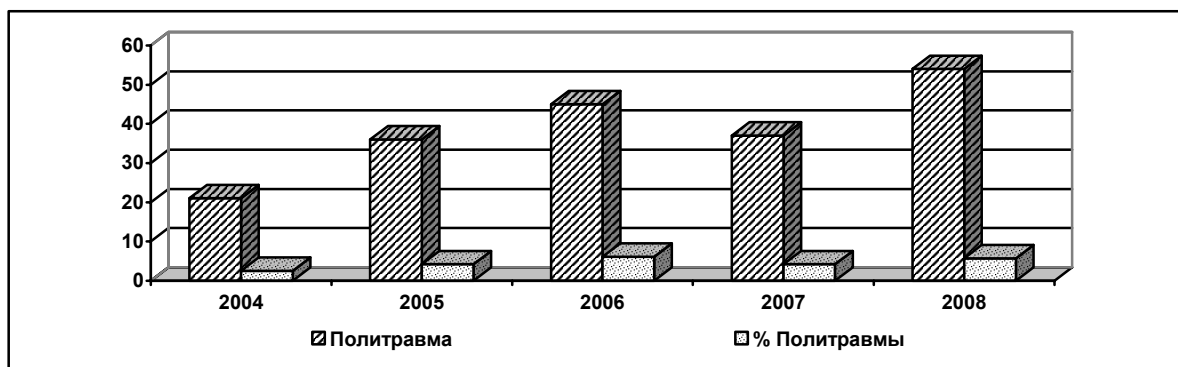


Рис. 1. Госпитализация детей и подростков с политравмой в 2004–2008 гг.

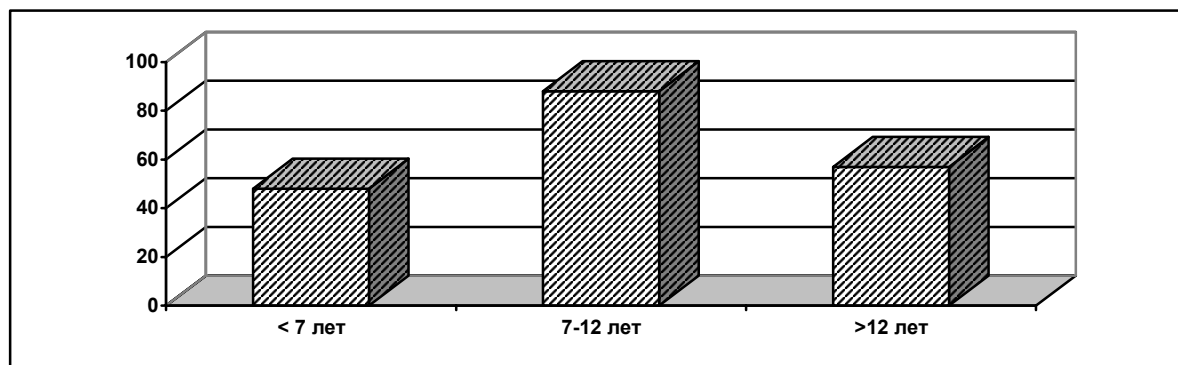


Рис. 2. Распределение пациентов по возрасту.

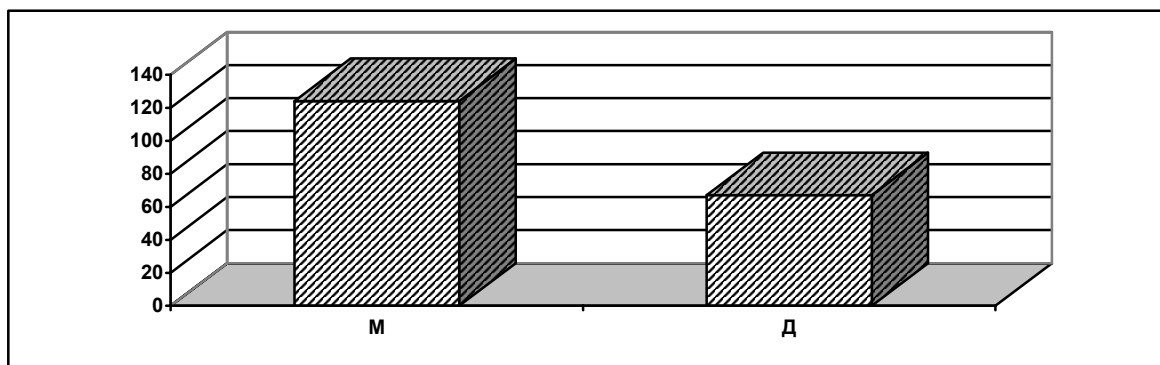


Рис. 3. Соотношение мальчиков и девочек.

в стационаре, исход госпитализации, результат лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Политравма составляет 9–15 % по данным литературы и 5 % по нашим данным от общего числа больных с травмами. Отмечается рост госпитализации детей и подростков с политравмой в 2 раза (от 21 пациента в 2004 г. до 54 пациентов в 2008 г.) (рис. 1).

Приведенные выше данные расходятся с данными литературы, по которым частота политравм составляет от 9 до 15 %. Последнее обусловлено тем, что часть пациентов поступает на лечение в НХО РКБ.

По возрасту пациенты распределяются следующим образом (рис. 2).

Сочетанные и множественные повреждения чаще получают дети в возрасте 7–12 лет (88 пациентов), что связано с большей подвижностью и

некритичной оценкой последствий своих действий (игра на проезжей части, игры на стойках и т.д.).

Соотношение мальчиков и девочек составляет 2:1, что также связано с большей подвижностью мальчиков (124 и 67 пациентов соответственно) (рис. 3).

Распределение числа городских и сельских пациентов (рис. 4).

В структуре политравмы преобладают городские пациенты (соотношение 3:1), тогда как в структуре одиночной травмы соотношение городских и сельских пациентов составляет фактически 2:1. Тем не менее, отмечается ежегодный рост количества сельских пациентов (с 7 пациентов в 2004 г. до 21 в 2008 г.).

В первые 6 ч от момента получения травмы в стационар поступает большинство пациентов (79,7 %). Позже 7 ч от момента получения травмы поступают в основном сельские пациенты, которым нужно время на транспортировку (рис. 5).

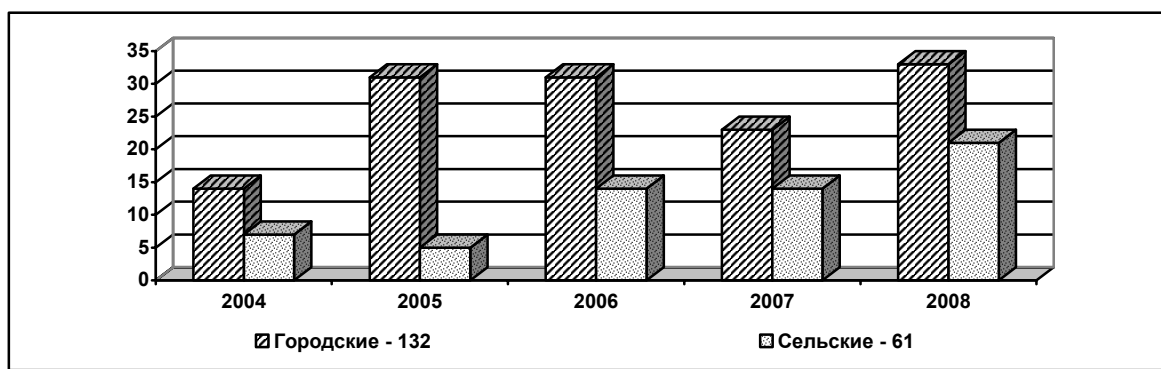


Рис. 4. Распределение числа городских и сельских пациентов.

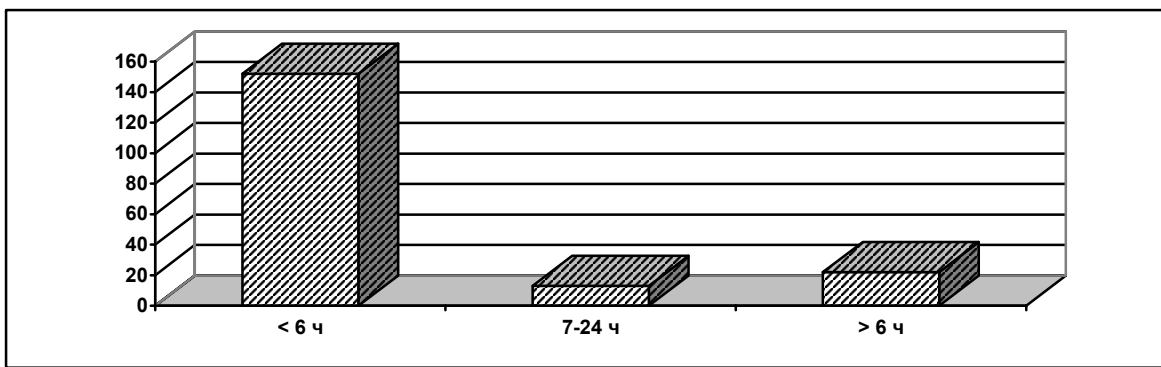


Рис. 5. Распределение пациентов по временному промежутку поступления в стационар.

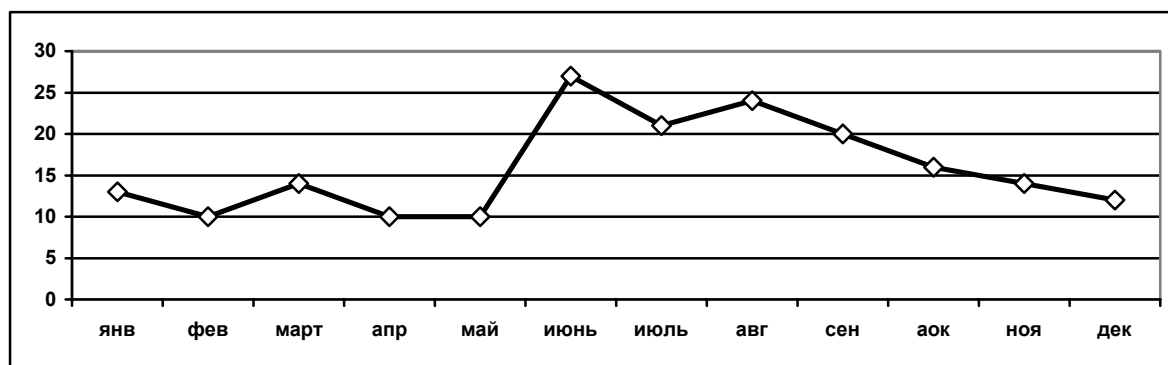


Рис. 6. Обращение пациентов в стационар в зависимости от времени года.

Обращение пациентов в стационар в зависимости от времени года, пик травматизма приходится на летне-осенний период (рис. 6).

По механизму получения травматизм распределяется следующим образом (рис. 7).

На первом месте по механизму получения стоит травма, полученная в ДТП (67,3 %), на втором — уличная травма (14,4 %). Приблизительно с одинаковой частотой встречаются бытовая травма и катотравма. И сравнительно редки у детей железнодорожная и противоправная травма.

Приведенные выше данные расходятся с литературными. По данным литературы на втором месте в механизме получения политравм стоит катотравма, по нашим данным — уличная.

Сочетание отдельных нозологических форм (рис. 8).

На первом месте стоит сочетание ЧМТ и травм плечевого пояса, тогда как по литературным дан-

ным ведущее место занимает сочетание ЧМТ и травм нижних конечностей. Отмечается также значительный рост сочетания ЧМТ с переломами нескольких сегментов тела (от 2 пациентов в 2005 г. до 14 в 2008 г.), что усугубляет тяжесть травмы и ухудшает течение травматической болезни.

Количество пациентов с тяжелой политравмой составило 18,7 %. Наблюдается рост тяжелой политравмы (5 пациентов в 2004 г., 10 пациентов 2008 г.) (рис. 9).

После установления диагноза, в зависимости от сочетания травм, пациентам проводились следующие виды лечения (рис. 10).

42 % пациентов нуждались только в консервативном лечении. Все дети с политравмой нуждались в консультации невролога, а в некоторых случаях нейрохирурга, окулиста и других узких специалистов.

Средний койко-день составил 15,0 (рис. 11).

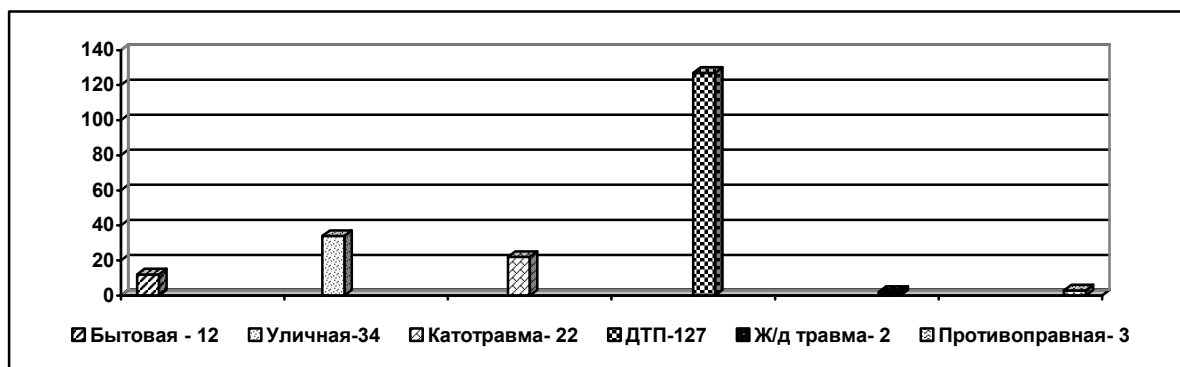


Рис. 7. Распределение пациентов по механизму получения травмы.



Рис. 8. Сочетание отдельных нозологических форм.

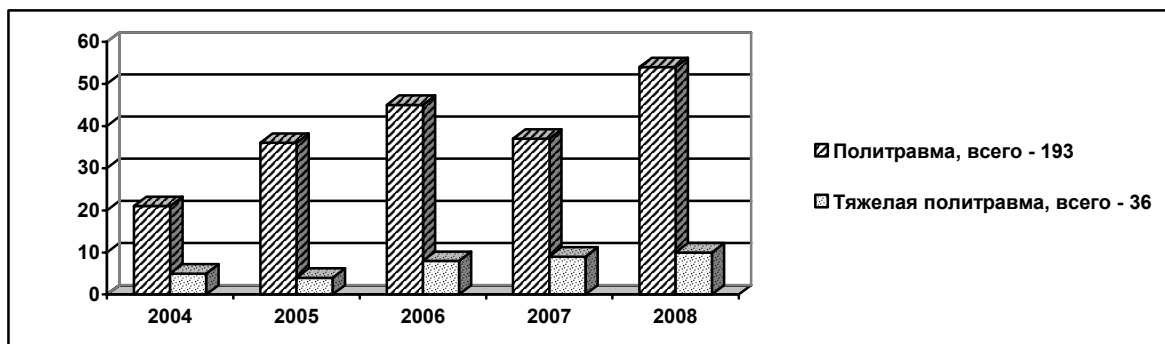


Рис. 9. Рост тяжелой политравмы.

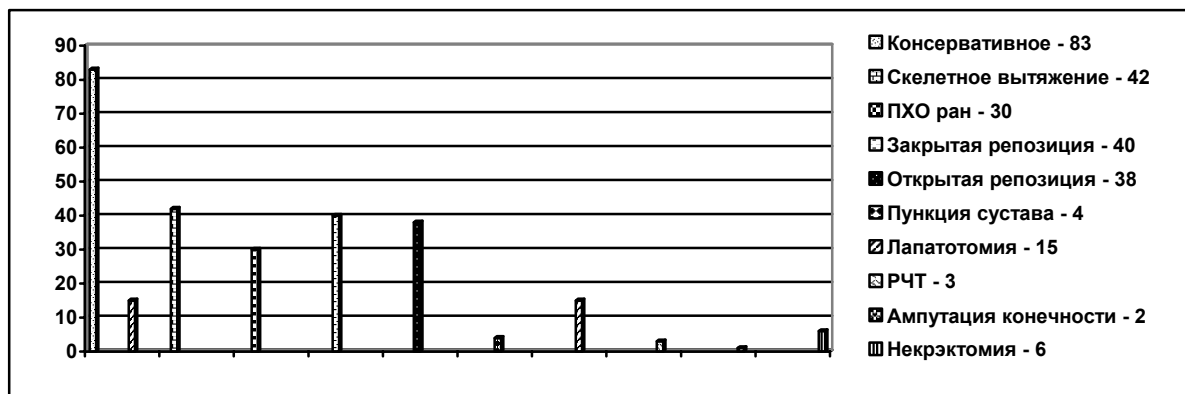


Рис. 10. Виды лечения, проводившиеся пациентам.

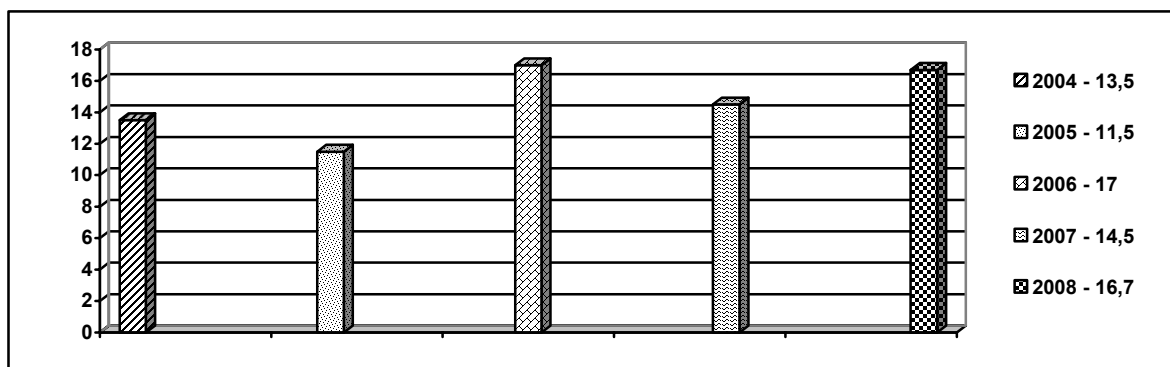


Рис. 11. Средний койко-день.

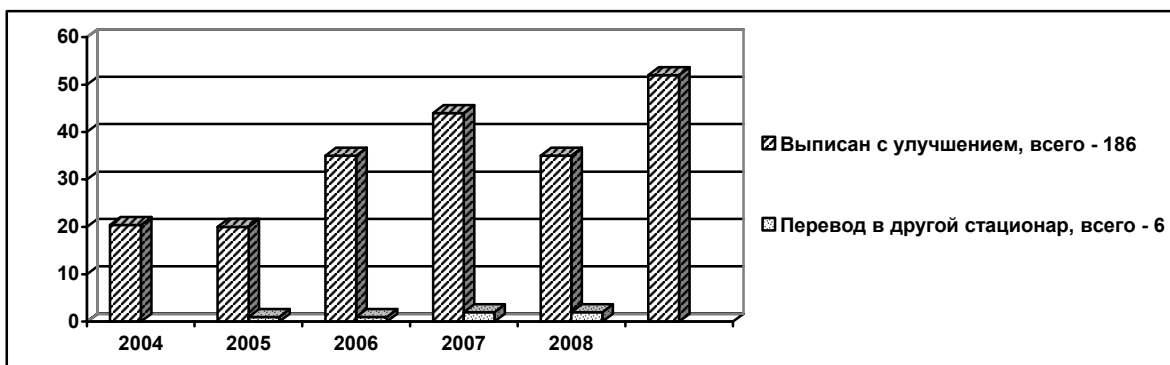


Рис. 12. Исход госпитализации.



Рис. 13. Результаты лечения.

Исход госпитализации (рис. 12):
Перевод пациентов осуществлялся в НХО РКБ, неврологические отделения ДРКБ и ДГБ № 2, в тех

случаях когда превалировала черепно-мозговая травма.

Результаты лечения представлены на рисунке 13.

В 74,4 % случаев наблюдается полное выздоровление, в 18 % наблюдаются остаточные явления (болевого синдром, остаточные контрактуры и т.д.). В 11 % случаев после лечения дети становятся инвалидами.

За исследуемый период зарегистрировано 2 летальных случая (1 %). Столь низкий процент объясняется тем, что летальность при политравме обусловлена тяжелой черепно-мозговой травмой. Дети и подростки с подобной травмой госпитализируются в НХО РКБ.

ВЫВОДЫ

1. Проблема лечения политравмы приобретает все большую актуальность (политравма составляет 9–15 % по данным литературы и 5 % по нашим данным от общего числа больных с травмами).

2. Наиболее часто сочетанные и множественные повреждения получают дети в возрасте 7–12 лет, что связано с большей подвижностью и некорриктной оценкой последствий своих действий (игра на проезжей части, игры на стойках и т.д.).

3. Соотношение мальчиков и девочек составляет 2:1, что также связано с большей подвижностью мальчиков.

4. В структуре политравмы преобладают городские пациенты (соотношение 3:1), тогда как в струк-

туре одиночной травмы соотношение городских и сельских пациентов составляет фактически 2:1. Тем не менее, отмечается ежегодный рост количества сельских пациентов.

5. На первом месте по механизму получения стоит травма, полученная в ДТП (66 %), на втором – уличная травма (18 %).

6. Наибольший пик травматизма приходится на летне-осенний период.

7. На первом месте стоит сочетание ЧМТ и травм плечевого пояса, тогда как по данным литературы ведущее место занимает сочетание ЧМТ и травм нижних конечностей.

8. За последние годы отмечается значительный рост сочетания ЧМТ с переломами нескольких сегментов тела.

9. Количество пациентов с тяжелой политравмой составляет 19 %.

10. В 71 % после политравмы наступало выздоровление, в 18 % наблюдались остаточные явления (болевого синдром, контрактуры и т.д.). В 11 % случаев после лечения дети становятся инвалидами.

11. Зарегистрированная низкая смертность (1 %) при политравме объясняется тем, что летальность обусловлена тяжелой черепно-мозговой травмой. Дети и подростки с подобной травмой госпитализировались в НХО РКБ.

Сведения об авторах:

Краснояров Г.А. Д.м.н., профессор. БГУ, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а.