

кой летальностью и инвалидизацией. Сочетанные повреждения при механической травме представляют собой сложную в патогенетическом и лечебном аспектах проблему, которую следует рассматривать не как сумму нескольких повреждений, а как сложный многокомпонентный синдром, сопровождающийся шоком, синдромом взаимного отягощения, полиорганной недостаточностью. В основу настоящего сообщения положены результаты анализа причин летальных исходов у 24 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Материалами для изучения послужили истории болезни погибших в стационаре от сочетанных травм и их осложнений.

Причиной травм явились: кататравма — 20,8 % (5), наезды автотранспортом — 50 % (12), травма, полученная при столкновении автотранспортных средств — 29,2 % (7). Мужчин было 70,8 % (17), женщин — 29,2 % (7). Наибольшую часть умерших (75 %) составили лица трудоспособного возраста от 16 до 50 лет. В структуре сочетанных повреждений черепно-мозговая травма у пострадавших составила 91,7 % (22); травма грудной клетки и ее органов — 75 % (18); таза, живота, конечностей и позвоночника сочетались у 75 % (6).

Пострадавшие погибли в различные сроки. По срокам смерти с момента поступления они распределились следующим образом: в течение первого часа — 3 (12,5 %), в течение 3 часов — 6 (25 %), в течение 6 часов — 2 (8,3 %), в первые сутки — 3 (12,5 %), в первую неделю — 8 (33,3 %), и двое пострадавших погибли на 9 сутки.

Причиной смерти трех погибших в течение первого часа после поступления (во время проведения реанимационных мероприятий) явилась дислокация головного мозга как результат внутримозговой гематомы. У 18 человек (75 %) причиной летальных исходов явились массивная кровопотеря и необратимый декомпенсированный шок. У одного пострадавшего причиной смерти была жировая эмболия, у одного — молниеносная форма анаэробной инфекции и еще одного — разрыв печени и селезенки с повреждением тонкого и толстого кишечника.

Из 24 погибших с сочетанной травмой шок II ст. был у 29,1 % (7), III ст. — у 50 % (12), у 20,9 % (5) было агональное состояние. В целях диагностики повреждений поступившим выполнено: торакоцентезов — 4, лапароцентезов — 14, из них 6 лапаротомий, пяти поступившим выполнена первичная хирургическая обработка ран мягких тканей.

Анализ историй болезни показал, что распространенной причиной несвоевременных хирургических вмешательств являлись ошибки в диагностике повреждений органов брюшной и грудной полостей и длительная выжидательная тактика в периоде реанимации и проведения противошоковых мероприятий. С целью сокращения летальности при сочетанной травме лечение должно проводиться в многопрофильных специализированных лечебных учреждениях, оснащенных современной диагностической аппаратурой с целью контроля за динамикой стремительно текущего патологического процесса.

**В.Д. Бардонов, В.Е. Хитрихеев, М.И. Бальхаев**

## **АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ В УСЛОВИЯХ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА**

*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи (Улан-Удэ)  
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)  
Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)*

**Цель исследования:** изучение частоты встречаемости политравм, их причин в условиях промышленного города и анализ летальности в течение 4-х лет.

Проанализированы данные травматологического отделения Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова (г. Улан-Удэ) за период 2001 — 2004 гг. Как видно из таблицы 1, удельный вес сочетанных и множественных травм неуклонно растет и занимает первое место в структуре всех травм опорно-двигательного аппарата. Политравмы чаще встречались у мужчин (63 %) трудоспособного возраста (71 %). В течение первых суток умерло 30 пострадавших, что составило 45,4 %. Более длительное пребывание пострадавших с сочетанными и множествен-

ными травмами в стационаре (средний койко-день — 21,5) было обусловлено тяжестью состояния, при этом средний койко-день по отделению составил 14,1 койко-день. Летальность от сочетанной и множественной травмы за последние годы колебалась от 5,5 до 7,1 %.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Проанализировано 66 историй болезни пациентов, умерших от политравмы за 2001 — 2004 гг. Структура летальности, по преобладающему диагнозу, была следующей: на первом месте — черепно-мозговая травма — 24 пациента (36,3 %); на втором месте — травма грудной клетки и брюшной полости — 16 пациентов (24,2 %); на третьем месте — повреждения костей таза и его органов

Структура сочетанных и множественных травм за период 2001–2004 гг.

| Показатели                                            | 2001   | 2002   | 2003   | 2004  |
|-------------------------------------------------------|--------|--------|--------|-------|
| Всего больных                                         | 1410   | 1418   | 1434   | 1501  |
| Количество больных с сочетанной травмой               | 172    | 183    | 182    | 121   |
| Удельный вес больных с сочетанной травмой             | 12,1 % | 12,9 % | 12,6 % | 8 %   |
| Средний койко-день                                    | 14,6   | 14,8   | 14,7   | 14,1  |
| Средний койко-день у больных с сочетанной травмой     | 21,4   | 20,3   | 22     | 22,3  |
| Количество оперированных больных с сочетанной травмой | 119    | 135    | 210    | 185   |
| Количество умерших                                    | 13     | 18     | 17     | 18    |
| Летальность                                           | 5,2 %  | 6,6 %  | 7,1 %  | 5,5 % |

— 14 пациентов (21,2 %); на четвертом месте — повреждения конечностей — 12 случаев (18,1 %).

По механизму травмы основными причинами летальных исходов явились:

1. Дорожно-транспортные происшествия — 30 случаев (45,4 %).
2. Бытовые травмы — 24 случая (36,3 %).
3. Кататравма — 12 случаев (18,1 %).

Основными причинами смерти явились:

1. Травмы несовместимые с жизнью — 32 случая (48,4 %).
2. Сдавление и дислокация головного мозга — 14 случаев (21,2 %).
3. Кровотечение — 10 случаев (15,1 %).
4. Пневмонии — 5 случаев (7,5 %).
5. Тромбоэмболия легочной артерии — 5 случаев (7,5 %).

Тяжесть состояния пострадавших в первый период травматической болезни зависела от течения травматического шока, который обязательно присутствовал при наличии переломов костей таза, грудной клетки, нижних конечностей, повреждениях внутренних органов, при открытых

переломах и отрывах конечностей. Переломы костей конечностей в течение острого периода травматической болезни иммобилизовались гипсовыми шинами, скелетным вытяжением, простыми аппаратами внешней фиксации. Одновременно вырабатывался алгоритм видов обезболивания, оперативных и консервативных мероприятий и реабилитации, выполняющийся после восстановления жизненно-важных функций организма.

#### ВЫВОДЫ

1. В последние годы наблюдается стойкая тенденция к увеличению количества пострадавших с множественной и сочетанной травмой.
2. Лечение пострадавших с политравмами требует усилий многих специалистов, значительных средств и оборудования.
3. Назрела необходимость открытия отделения сочетанной травмы, способствующая к наиболее прогрессивной форме специализированной ортопедо-травматологической помощи пострадавшим с множественной и сочетанной травмой.

**К.А. Апарцин, А.П. Зайцев, А.В. Новожилов, Е.Т. Рустамова, М.Н. Корнилов, С.Е. Григорьев, В.И. Батеха, Д.В. Косенкова**

#### МОСТ: МОНИТОРИНГ ТРАВМАТИЗМА ПРИ СОЧЕТАННЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

**НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)  
Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)**

Ведущей проблемой, связанной с шокогенной сочетанной травмой, является высокая летальность. Следовательно, критерием эффективности лечебной программы является снижение летальности среди пострадавших. С другой стороны, улучшение результатов оказания помощи на догоспитальном этапе, как показал опыт НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (Санкт-Петербур-

бург), приводит к доставке в стационар тяжело травмированных пациентов, и как следствие — повышение летальности в ранние сроки после госпитализации. Очевидно, объективная картина травматизма может быть получена лишь с учетом тяжести повреждений у пострадавших как доставленных в стационары, так и погибших на догоспитальном этапе.