

Р.Д. Ринчинов, Е.Н. Шабаяева

АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ

*Отделенческая клиническая больница ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД», Улан-Удэ
Бурятский государственный университет, Улан-Удэ*

Травмы и несчастные случаи в большинстве экономически развитых стран занимают одно из первых мест в структуре заболеваемости, временной нетрудоспособности и смертности, в связи с чем важнейшей задачей органов и учреждений здравоохранения является борьба с травматизмом и его последствиями. В связи с быстрым ростом автомобильного парка и других механических средств передвижения и увеличением интенсивности движения на дорогах возросла частота дорожно-транспортных происшествий, которые в основном и приводят к тяжелым сочетанным и множественным травмам (Анкин Л.Н., 2004). В автомобильных катастрофах, по данным Всемирной организации здравоохранения (1966, 1972 гг.), ежегодно гибнет 300 тыс. человек, 8 млн. получают тяжелые травмы. За последние годы во многих странах мира (Япония, США, Канада) транспортный, особенно автомобильный, травматизм вырос до размеров национального бедствия. В России от ДТП ежегодно гибнет население 35-тысячного города (Соколов В.А. с соавт., 2000).

Множественные и сочетанные повреждения относятся к очень тяжелым травмам, представляющим большие трудности в оказании первой помощи на догоспитальном этапе, при транспортировке, в дальнейшем специальном лечении, часто неблагоприятном в прогностическом отношении. Одной из главных задач в оказании первой помощи в лечении пострадавших является определение наиболее тяжелого повреждения, угрожающего жизни больного (Багненко С.Ф. с соавт., 2006).

МЕТОДИКА

Проведен анализ историй болезни пострадавших, поступивших в Отделенческую клиническую больницу ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД» по поводу множественных и сочетанных травм с 2004 по 2008 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За исследуемый период поступило 128 больных с множественной и сочетанной травмой, что составило 4 % от всех госпитализированных в травматологическое отделение. Среди пострадавших в 3 раза больше мужчин (99 – 77,3 %), чем женщин (29 – 22,6 %). Основную часть повреждений составили противоправные бытовые травмы, полученные в результате дорожно-транспортного происшествия, кататравмы и производственные травмы. По возрасту пострадавшие распределились следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пострадавших по возрасту

До 20 лет	20–30 лет	30–40 лет	40–50 лет	50–60 лет	60–70 лет	70–80 лет	80 и старше
7	54	17	25	14	4	4	3

Большинство пострадавших поступили в первые 3 часа с момента травмы (78,1 %), из них 10 (7,8 %) в состоянии шока. Преимущественно встречались сочетания черепно-мозговой травмы различной степени тяжести и переломов, в 3-х случаях – сочетания повреждения внутренних органов с переломами. Распределение пострадавших по локализации повреждения было следующим: черепно-мозговая травма + переломы верхней конечности – у 31 (24,2 %), черепно-мозговая травма + переломы грудной клетки – у 21 (16,4 %), черепно-мозговая травма + переломы позвоночника – у 12 (9,3 %), черепно-мозговая травма + переломы таза – у 12 (9,3 %), черепно-мозговая травма + переломы нижней конечности – у 35 (27,3 %), множественные травмы – у 20 (15,6 %). Лечение пострадавших проводилось согласно современным принципам и возможностям, с привлечением врачей других специальностей, в частности врачей анестезиологов-реаниматологов для проведения противошоковых мероприятий. Оперативное лечение проведено у 55 больных – 42,9 % (металлоостеосинтез переломов верхних и нижних конечностей). Оперативное лечение проводилось в основном на 2-ой неделе, реже на 3-й, что позволило в большинстве случаев избежать развития стойких контрактур крупных суставов, атрофии мышц. Средняя длительность пребывания больного в стационаре составила 15,9 дня. Летальность составила 2 случая (1,5 %).

ВЫВОДЫ

Организация и оказание медицинской помощи пострадавшим с множественной и сочетанной травмой является сложной проблемой современной медицины и требует дальнейшего совершенствования. Своевременное оказание первой помощи с момента травмы на месте происшествия, правильная транспортировка пострадавших нередко решают исход травмы, снижают летальность. Безусловно, близким к идеальному, было бы наличие специализированных травматологических бригад в составе станции скорой помощи. Большая часть пострадавших нуждается в квалифицированной помощи на месте происшествия и в пути следования. Лечение на госпитальном этапе должно проводиться с привлечением всех необходимых специ-

алистов и современных достижений медицины, с применением адекватного арсенала лекарственных средств. Такая тактика позволяет провести оперативное лечение повреждений опорно-двигательного аппарата в более ранние сроки и тем самым избежать таких осложнений, как развитие стойких контрактур крупных суставов, атрофия мышц, замедленная консолидация и др. Это значительно сокращает сроки временной нетрудоспособности и снижает процент выхода на инвалидность. Борьба с автодорожным травматизмом является важной социально-демографической и медицинской проблемой государственного значения.

Е.Г. Седунова

АНАЛИЗ АНЕМИЙ У БОЛЬНЫХ ПО ДАННЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОТДЕЛЕНЧЕСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД», Улан-Удэ

В структуре заболеваемости терапевтического профиля различные виды анемий стоят на третьем месте.

Анемия – состояние, характеризующееся снижением содержания общего внутриэритроцитарного гемоглобина крови, приводящего к уменьшению общей кислородной емкости крови. Наиболее характерным является снижение гемоглобина в единице объема крови и уменьшение содержания эритроцитов. Тяжесть анемии определяется по уровню этих показателей. Умеренная анемия характеризуется у женщин снижением содержания эритроцитов от 3,7 до $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, и гемоглобина от 119 до $90 \text{ г}/\text{л}$, у мужчин – снижением содержания эритроцитов от 3,9 до $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$ и гемоглобина от 129 до $90 \text{ г}/\text{л}$. Средняя степень анемии независимо от пола характеризуется снижением эритроцитов от 2,9 до $2,0 \times 10^{12}/\text{л}$ и гемоглобина от 89 до $80 \text{ г}/\text{л}$. При тяжелой анемии эритроциты снижаются ниже $2 \times 10^{12}/\text{л}$, и гемоглобин менее $60 \text{ г}/\text{л}$ (Циммерман Я.С. с соавт., 2004).

По патогенезу анемии делятся на постгеморрагические, дизэритропоэтические и гемолитические. Самый распространенный вид анемий – это железодефицитные анемии (80 % от всей заболеваемости анемий), возникающие в результате нарушения образования гемоглобина. Во всех странах мира женщины заболевают значительно чаще, чем мужчины, в 11 % – это женщины детородного возраста (Воробьев А.И. с соавт., 1979). Для большинства мужчин и женщин в постменопаузе причиной дефицита железа является хроническая кровопотеря из желудочно-кишечного тракта. У женщин детородного возраста причиной железодефицитной анемии являются маточные кровотечения, беременность, лактация. Среди причин на третьем месте стоят хронические патологии, такие как инфекционный или воспалительный процесс, злокачественные новообразования, болезни печени (Шиффмен Ф.Д., 2007).

Хроническая кровопотеря является причиной ЖДА (железодефицитная анемия) в 88 % случаев.

V_{12} -дефицитные анемии возникают в результате длительного отрицательного баланса витамина V_{12} , который возникает либо при недостаточном поступлении витамина V_{12} , либо при нарушении усвоения этого витамина в организме при патологии желудка и толстого кишечника.

Для анализа анемий, разделенных по патогенетическому признаку, были взяты 1000 историй болезни второго терапевтического отделения Отделенческой клинической больницы на станции Улан-Удэ ОАО «РЖД».

Были исследованы результаты общего анализа крови. Различные параметры были определены по стандартным общепринятым методикам (Базарнова М.А., 1988; Козинец Г.И., 1998). Для уточнения причины анемий определялся уровень железа в сыворотке и общая железосвязывающая способность. В структуре всей патологии терапевтического отделения анемии различного генеза составляют – 11,4 %, из них железодефицитные составляют – 51,8 %; V_{12} -дефицитные анемии – 8,8 %; смешанные анемии с преобладанием дефицита железа – 37,7 %, и гипопластические анемии – 1,7 % (табл. 1).

Таблица 1

Результаты распределения анемий по степени тяжести (%)

Степень тяжести	Вид анемии							
	ЖДА		V_{12} -дефицитная анемия		Смешанная анемия		Гипопластическая анемия	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Легкая	13,1	9,6	–	–	11,4	10,5	–	–
Средней тяжести	23,6	6,1	4,4	0,9	3,5	7,9	–	–
Тяжелая	3,5	0,9	2,6	0,9	2,6	1,7	0,9	0,9

Из таблицы 1 видно, что чаще других встречается ЖДА средней степени тяжести у женщин. ЖДА легкой степени среди мужчин и женщин, равно как и легкая степень смешанной анемии выявлены с