

Травма более двух локализаций встречалась у 217 человек (21,7 %), где травма черепа и головного мозга оставалась доминирующей по тяжести. Скелетная травма, как правило, присутствовала и составила 67,2 %, в том числе с переломами таза 1,3 %.

Все остальные 143 (14,3 %) человека имели более трех анатомических локализаций повреждений. У всех, как правило, в сочетании была и скелетная травма.

Последовательность оказания неотложной помощи зависела от результатов обследования. Обязательные диагностические мероприятия включали рентгенографию грудной клетки, черепа, эхолакацию головного мозга, лапароскопию, лабораторные исследования. По показаниям проводились пункции плевральной полости, спинномозгового канала, ультразвуковое исследование внутренних органов, компьютерная или магнитно-резонансная томография.

У всех пострадавших вероятность возникновения тромбов прямо коррелировала с объемом повреждений и наличием факторов риска (избыточный вес, варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей, ишемическая болезнь сердца и гипертензия, сахарный диабет).

Исследования показали, что профилактика тромбоэмболических осложнений должна начи-

наться с догоспитального этапа и включать инфузионную противошоковую терапию с обязательным введением таких растворов как липостабил, рефортан, при необходимости и стероидные гормоны, адекватную иммобилизацию и щадящую транспортировку, коррекцию нарушений внутрисосудистых условий гемодинамики. Принципиально важным является проведение целенаправленной коррекции сдвигов в системе гемостаза в первые 3–4 недели посттравматического периода.

Таким образом, основными принципами оказания помощи при политравме являлись скорейшее выведение пострадавшего из состояния травматического шока с полноценным купированием анемии и, после вмешательств по экстренным показаниям, лечение поврежденных сегментов конечностей. При этом оперативное лечение переломов было направлено в сторону малотравматичным методом. Применение у больных с нарушениями дыхания остеосинтеза, скелетного вытяжения следует считать неоправданным, тактика врача в данных случаях должна быть строго индивидуальной. Раннее начало полноценной медицинской помощи, как правило, способствовало положительному исходу травматической болезни.

**Б.Э. Мункожаргалов, В.А. Домашевский, А.М. Очиров, В.И. Анпилогов, А.Д. Козулин**

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)  
Городская клиническая больница № 3 (Иркутск)*

Актуальность данной проблемы заключается в том, что сочетанная травма занимает одно из ведущих мест по тяжести в структуре общего травматизма, отличается высокими цифрами смертности и инвалидности. Лечение данных больных сопряжено с трудностями, обусловленными общим тяжелым состоянием, синдромом взаимного отягощения, большим количеством оперативных вмешательств.

**Цель** исследования — анализ лечебно-диагностической тактики при сочетанной травме по данным ГКБ № 3 за 2003 г. Для достижения данной цели нами поставлены следующие **задачи**:

1. Выявить характер лечебно-диагностической тактики при сочетанной травме.
2. Выявить особенности хирургической тактики.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами был проведен анализ лечебной тактики у 476 больных, которым был применен лечебно-диагностический алгоритм оказания помощи больным с сочетанной травмой, особенностью которого является:

- 1) параллельное проведение лечебно-диагностических мероприятий;
- 2) активное выявление повреждений (лапароцентез, торакоцентез, люмбальная пункция и т.д.);
- 3) проведение хирургических вмешательств на фоне противошоковой терапии.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из 476 больных, хирургическое лечение потребовалось 294 (61,8 %) больным (ГКБ № 3 в 2000 г. — 66,1 %). Активность хирургической тактики у больных с сочетанной травмой диктуется тяжестью травмы, в связи с этим 294 больным проведено 409 операций. Исходя из этого, хирургическая активность по количеству проведенных операций составила 139,1 %, т.е. на одного больного приходилось по 1,4 операции (ГКБ № 3 в 2000 г. — 142,3 %; по данным А.А. Пушкова (1998) — 132,4 %). Характер оперативных вмешательств представлен в табл. 1.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 5 больных — 1,7 %, во всех случаях это были мягкотканые нагноения (по данным А.А. Пушкова — 0,58 %, в ГКБ № 3 2000 г. — 1,9 %).

Характер оперативных вмешательств

Характер оперативного вмешательства	Операций
Остеосинтез	–
ЧКДО	175 (59,5 %)
Экстрamedулярный	48 (16,3 %)
Интрамедулярный	9 (3,1 %)
ПХО	124 (42,2 %)
Торакотомия	5 (2 %)
Лапаротомия	10 (3,4 %)
Трепанация	14 (4,8 %)
Операции на позвоночнике	6 (2 %)
Трахеостомия	8 (2,7 %)

Экстра-интрамедулярный остеосинтез выполнен 57 (19,4 %) больным, чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратами внешней фиксации (ЧКДО АВФ) – 175 (59,5 %).

Широкое применение ЧКДО обусловлено:

- а) минимальной травматизацией тканей в очаге повреждения;
- б) стабильной фиксацией костных отломков;
- в) малой частотой послеоперационных осложнений;
- г) ранней активизацией больного.

Средняя продолжительность койко-дня составила 16,8 дней (в 2000 г. – 17,6 дней; по данным А.А. Пушкова – 17,2 дней). Летальность состави-

ла 9,24 % (в 2000 г. – 7,6 %, по данным А.А. Пушкова – 6,4 %).

### ВЫВОДЫ

1. Наиболее частый вид оперативных вмешательств – ЧКДО у 59,5 % больных.

2. Оперативное вмешательство потребовалось 61,8 % больных с сочетанной травмой.

3. Послеоперационные осложнения составили 1,7 % (мягкотканые нагноения).

4. Применение данного лечебно-диагностического алгоритма позволило уменьшить количество койко-дней при сочетанной травме до 16,8.

А.Н. Шапкина, В.В. Шапкин, А.П. Пилипенко

## СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ

Владивостокский государственный медицинский университет (Владивосток)

Политравма и, в особенности, сочетанная травма, имеет ряд особенностей, влияющих на своевременную диагностику, лечение и последующий исход. Наиболее значимыми представляются: синдром взаимного отягощения, а также извращение клинической картины вследствие возникновения ложных и исчезновения других симптомов. На этапе лечения может возникать несовместимость терапии в случае некоторых сочетанных травм.

За последние 26 лет (1979 – 2004 гг.) в клинике детской хирургии ВГМУ находились на лечении 152 ребенка с сочетанной травмой: 41 девочка и 111 мальчиков в возрасте от 1 года 7 месяцев до 14 лет (средний возраст 8,5 лет). Количество одновременно травмированных органов составило от 2 до 11, наиболее часто встречалась черепно-абдоминальная сочетанная травма, на втором месте –

сочетание абдоминальной травмы с повреждением органов грудной полости. Причиной травм наиболее часто были автодорожные и железнодорожные происшествия, а также катотравма.

Всем больным проводили комплекс общеклинических, лабораторных и инструментальных исследований, причем ретроспективно можно отметить, что при выполнении УЗИ отмечено 0,94 % ложноположительных и 2,83 % ложноотрицательных результатов, при выполнении лапароцентеза 7,87 % ложноположительных результатов. Наиболее достоверными были ангиографические методы и лапароскопия. В зависимости от сочетания поврежденных органов и систем проводилось комплексное лечение в реанимационном, детском хирургическом, ортопедо-травматологическом, нейрохирургическом отделениях с привлечением не-