

Таким образом, биоматериал «Аллоплант» на сегодняшний день превосходит по эффективности все известные склероукрепляющие материалы, обеспечивая стабилизацию анатомических размеров глаза и рефракции в 98 – 99 % случаев.

М.В. Бубенко, В.В. Самойлов, А.В. Бусоедов, В.В. Доржеев, А.В. Целюба, А.А. Лаврентьева

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

**МУЗ Городская клиническая больница № 1 (Чита)
Читинская государственная медицинская академия (Чита)**

Несмотря на определенные достижения в лечении больных с сочетанной травмой, летальность остается высокой. Как правило, столь тяжелые повреждения протекают с клиникой травматического шока, нарушением гемодинамики и дыхания, нарушением обменных процессов, расстройством микроциркуляции.

В течение последних 15 лет в клинике находилось на лечении 1517 больных с сочетанной травмой различной степени тяжести. Возраст больных колебался от 17 до 91 года. Политравма по локализации была следующей: черепно-мозговая травма являлась доминирующей у 69 % больных, повреждения груди – у 37 %, живота – у 19 %, таза – у 7,9 %, позвоночника – у 6 %, повреждение конечностей при этом встречались у 59 % пострадавших. Травма более 2 сегментов наблюдалась у 62,6 % больных, где травма черепа и головного мозга оставалась также доминирующей по тяжести. Летальность составила 26,3 %. Пострадавшие с тяжелым травматическим шоком с травмами, осложненными острой массивной кровопотерей, смерть которых наступила в первые часы и сутки, составили 31,2 %. Инфекционные осложнения (пневмония, сепсис) встречались у 33,5 % из всех умерших. Неинфекционные осложнения (отек легких, ДВСК-синдром, отек-дислокация головного мозга, почечно-печеночная недостаточность) – у 31,9 % пострадавших, ТЭЛА – в 3,4 % случаев, в основном у лиц пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями сосудов конечностей.

Вопросы профилактики развития осложнений у больных с сочетанной травмой были и остаются актуальными сегодня.

У всех пострадавших вероятность возникновения тромбов прямо коррелировала с объемом повреждений. Средний возраст больных составлял 51 год, 67 % всех больных составили женщины, у 37 % из них имели место дополнительные факторы риска (избыточный вес, варикозная болезнь, сахарный диабет, ИБС и гипертензия).

В стационаре пострадавших с политравмой направляли в реанимационное отделение или операционную, где на фоне проводимой интенсивной терапии уточняли диагноз с выделением доминирующего повреждения для оптимального выбора тактики.

Исследования показали, что для профилактики тромбоэмболических осложнений при политравме, необходимо на фоне активной инфузионной противошоковой терапии обеспечивать стабилизацию переломов, коррекцию нарушений внутрисосудистых условий гемодинамики, которые являются суммарным результатом одновременной деятельности систем коагуляции и фибринолиза.

С этой целью за последние годы в клинике широко стал применяться средномолекулярный гепарин (фраксипарин), особенно у больных с дополнительными факторами риска. Лабораторные исследования показали, что информативными показателями следует считать Д-димеры (В-нафтоловый, этаноловый тест), активированное частичное тромбопластиновое и протромбиновое время, фибриноген, РФНК.

Операции по поводу переломов выполнялись в наиболее ранние сроки с применением методов чрескостного и накостного остеосинтеза.

Обязательные диагностические мероприятия включали рентгенографию, эхолокацию, лабораторные исследования, по показаниям проводились пункции плевральной полости, ультразвуковое исследование внутренних органов, лапароскопия, компьютерная томография.

Принципиально важным является проведение целенаправленной коррекции сдвигов в системе гемостаза в первые 3 – 4 недели посттравматического периода.

Адекватное оперативное лечение с применением методов чрескостного и накостного остеосинтеза, проведенное в ранние сроки, позволяет не только уменьшить сроки пребывания больных в стационаре и способствует раннему восстановлению трудоспособности, снижению процента осложнений.