

катетере небольших «мазков» крови даже при условии нестабильности показателей гемодинамики позволяет избрать более щадящий метод хирургического вмешательства — лапароскопию, либо отсрочить ревизию брюшной полости до стабилизации состояния пострадавшего. Лапаро- и торакоскопия являются одними из широкодоступных и самыми достоверными способами определения внутриполостных повреждений. Они позволяют точно установить локализацию и степень повреждений внутренних органов, а также остановить кровотечение из небольших разрывов паренхиматозных органов и осуществить видеоподдержку при зашивании изолированных разрывов кишок из небольших разрезов брюшной стенки. Большим преимуществом малоинвазивных методик является возможность осуществления динамического контроля состояния брюшной и плевральной полостей и возможность их санации. По показаниям применяются эндоскопические методы исследования (ФГДС, фибробронхоскопия и т.п.).

Применение в остром периоде травматической болезни таких современных методов как ангиография и различные виды компьютерной диагностики пока недоступно для широкой практики.

Из методов лабораторной диагностики в остром периоде ТБ наибольшую ценность имеют показатели красной крови. Их снижение достоверно свидетельствует об острой кровопотере. Сравнение изменений показателей «белой» крови и иммунограммы в динамике достоверно позволяет прогнозировать развитие осложнений раннего и отдаленного периодов и течение ТБ в целом.

При исследовании мочи в первую очередь необходимо обращать внимание на цвет и прозрачность первой порции и оценивать ее количество. Макрогематурия достоверно свидетельствует о травме мочевыводящих путей. При оценке данных клинического анализа мочи микрогематурия в остром периоде ТБ также является симптомом повреждения мочевыводящих путей. Локализация и степень их повреждения устанавливаются с помощью дополнительных методов диагностики.

**М.В. Бубенко, В.В. Самойлов, А.А. Лаврентьева, В.В. Доржеев**

## **СОЧЕТАННАЯ ПОЛИТРАВМА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА**

*Читинская государственная медицинская академия (Чита)*

В настоящее время общеизвестно, что политравма является более тяжелой формой травматических повреждений, и количественно увеличивается в связи с возрастающей механизацией, алкоголизацией населения, преступностью, применением огнестрельного оружия, психоэмоциональной напряженностью. Как правило, столь тяжелые повреждения протекают с клиникой травматического шока (нарушением жизненных функций: гемодинамики, внешнего и тканевого дыхания, гиперметаболизма, усилением катаболических процессов, расстройств микроциркуляции). В дальнейшем, по мере развития травматической болезни (системной реакции на травму) наступает острая дыхательная недостаточность, синдром жировой эмболии и полиорганной недостаточности.

Лечение таких пострадавших начинается с места происшествия и включает обеспечение адекватного дыхания и кровообращения, проведение инфузионной терапии, адекватное обезболивание, временную остановку кровотечения, транспортную иммобилизацию и максимально щадящую транспортировку.

В стационаре для более эффективного оказания неотложной квалифицированной или специализированной помощи пострадавшим с политравмой непосредственно направляют или в реанимационное отделение или в операционную. Коорди-

нацию работы обеспечивает врач-травматолог и реаниматолог. На фоне инфузионной противошоковой терапии и поддержки дыхания (ИВЛ) уточняется диагноз с выделением доминирующего повреждения для оптимального выбора тактики. При этом должны учитываться механизм травмы, возраст пострадавшего, сопутствующие заболевания.

Наблюдения проведены у 1097 пострадавших с политравмой, причем сочетанная травма преобладала у 997 (90,1 %). Из них мужчины составили 729 человек (73 %), женщины — 268 (27 %). Возраст колебался от 17 до 85 лет. Причинами травмы были бытовые побои или сдавления тяжестью (39,3 %), падения с высоты (13,5 %), автомобильные происшествия (39,7 %), прочие (7,5 %).

Распространенность по локализации была следующей: повреждения конечностей встречались в 59 %, черепно-мозговые травмы — в 69 %, повреждения груди — в 37 %, живота — в 19 %, позвоночника — в 6 %.

Травма двух локализаций наблюдалась у 637 больных (63,9 %). Из них преобладали тяжелые травмы груди и черепа, причем ушибы головного мозга преобладали, а в 39 % по тяжести были одинаковы с травмой груди. Из повреждений груди наиболее часто встречались переломы ребер, ушибы и разрывы легких, которые сопровождалась гемопневмотораксом.

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 методов. 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. Анпилов, 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 %).