

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-

обходимых специалистов, включая ЛОР-врачей, стоматологов, иммунологов и т.д. Следует отметить, что среди всех операций на брюшной полости было 9 эксплоративных лапаротомий. Такой высокий показатель, возможно, связан с особенностями сочетанной травмы, упомянутыми выше и с отсутствием других диагностических методов кроме лапароцентеза в ранние годы работы (до начала 90-х).

Всех больных с сочетанной травмой можно разделить на 4 группы: 1 — с легкими экстра- и интраабдоминальной травмами, 2 — с преобладанием тяжелой интраабдоминальной травмы, 3 — с преобладанием тяжелой экстраабдоминальной травмы, 4 — с тяжелыми той и другой травмами.

К первой группе мы можем отнести 34 случая, это была самая легкая группа пациентов. Летальности в этой группе не наблюдали, число эксплоративных лапаротомий было 4, причем в трех случаях после выполнения лапароцентеза и получения следов крови. Больных с преобладанием интраабдоминальных повреждений было 30, в этой группе не отмечено ни эксплоративных лапаротомий, ни летальных исходов. Больных с преоблада-

нием экстраабдоминальных повреждений было 37, эксплоративных лапаротомий было 5, в том числе три после лапароцентеза. В этой группе умерло 9 детей: пять от черепно-мозговой травмы, еще 4 от сочетанной травмы и шока. Самая тяжелая и трудная в диагностике группа пострадавших с тяжелыми интра- и экстраабдоминальной травмами составила 51 случай. Эксплоративных лапаротомий этим детям не выполняли. Наблюдали 21 летальный исход: 7 в результате черепно-мозговой травмы, 11 — сочетанной травмы, шока и кровопотери, 2 — позвоночно-спинальной травмы и 1 — пневмонии.

Таким образом, тяжелая черепно-мозговая травма и шок являются основными причинами летальных исходов у детей с сочетанной травмой. При сочетанной травме часто искажена клиническая картина, что вызывает рост числа эксплоративных лапаротомий, что, в свою очередь, усугубляет тяжесть травматических проявлений и шока. С целью снижения данного показателя необходимо более широкое применение современных методов исследования в диагностике повреждений брюшной полости: лапароскопии и КТ.

Н.Н. Прутовых, В.В. Протопопов, А.Н. Краснов

СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ

Новосибирская государственная медицинская академия (Новосибирск)

Сочетанная травма у детей занимает одно из первых мест среди причин летальных исходов в больших городах с современными транспортными потоками, так как наиболее часто является следствием автодорожной катастрофы.

К сочетанным травмам мы относим одновременные повреждения внутренних органов в двух или более полостях или повреждение внутренних органов и опорно-двигательного аппарата. Мы считаем правомерным включение в сочетание различных обширных повреждений мягких тканей тела (ушибы, гематомы и раны).

Целью нашего исследования был анализ наблюдений тяжелой сочетанной травмы по данным отделений реанимации клиник детской хирургии г. Новосибирска. Всего изучено 30 историй болезни детей от 1,5 до 13 лет. Преобладали мальчики — 20 пациентов, девочек было 10.

Из всего количества пострадавших в 23 случаях причиной повреждения была автодорожная травма. Пострадали как пассажиры — 15 детей, пешеходы — 4, водители транспортных средств (велосипеды, мопеды) — 4. Среди детей от 1,5 до 4 лет (5 наблюдений) чаще встречались падения с высоты. Для характеристики морфологии повреж-

дений выделено 3 группы по принципу превалирующей по тяжести травмы.

I группа (10 детей) — повреждение органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Из них разрывы печени у 4 детей, разрывы печени и желчного пузыря у 1. Сочетанные травмы: ушиб и сотрясение головного мозга, краш-синдром (голова), перелом ребер. С разрывом селезенки поступило 3 детей. В одном наблюдении — торако-абдоминальное ранение с разрывом легкого и диафрагмы. В качестве сопутствующих повреждений диагностированы: сотрясение головного мозга, ушибы почек и печени, переломы длинных трубчатых костей и костей таза. Разрыв поджелудочной железы у одного пациента сочетался с множественными ушибами тела, обширной забрюшинной гематомой, сотрясением головного мозга.

II группа (14 детей) — лидирующее повреждение — множественные переломы костей (таз, позвоночник, кости конечностей, в т.ч. открытые переломы). В группе было 12 детей. Наряду с этими травмами наблюдались обширные ушибы тела с кровоизлияниями, тяжелое сотрясение головного мозга, разрыв влагалища. Среди второй группы мы выделили детей с множественными перелома-