

УДК 616.345-001-07

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ
В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТРЯДА****А.А. Бекимов, К.К. Смаилов
Военный госпиталь, г. Семей**

Травмы и заболевания органов опоры и движения занимают второе место среди причин временной нетрудоспособности и третье — среди причин инвалидности и смертности.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире вследствие травм погибают 3,5 млн. человек, а более 2 млн. травмированных людей становятся инвалидами.

К великому сожалению, тенденция устойчивого роста и все более разрушительного воздействия антропогенных катастроф, присущая второй половине XX столетия, продолжает сохраняться, о чем свидетельствуют факты первых восьми лет XXI века. Особенностью ан-

тропогенных и техногенных катастроф, а также целого ряда природных несчастий (землетрясения, лавины, селевые потоки) и дорожно-транспортных происшествий, ставших чуть ли не ежедневным и банальным событием, является всегда неожиданное возникновение большого числа пострадавших, причем значительная часть их получает сочетанную механическую травму.

В нашем случае, мы провели исследование сочетанной травмы за последние 8 лет. В структуре всех повреждений в течение последних 8 лет они составили 21,4%. Из них наибольший удельный вес пришелся на травмы полученные в результате ДТП (94,9%) (таблица №1).

Таблица 1. - Основные виды травматизма при политравме 2000 – 2008 г.г.

Кол-во наблюдений	Виды травматизма				Кол-во операций
	Производственные	ДТП	Бытовые	Прочие	
239 (100%)	3 (1,3%)	227 (94,9%)	9 (3,8%)	-	225 (94,1%)

Данный факт связан с тем, что отдельный медицинский отряд расположен вблизи от международной трассы Алматы - Бишкек, на которой имеются участки повышенной аварийной опасности (Кордайский перевал), удаленностью между гражданскими лечебными учреждениями (плечо эвакуации составляет 240 км).

Наряду с проведением неотложных врачебных мероприятий на этапе первой врачебной помощи осуществляется медицинская сортировка пострадавших с выделением нуждающихся в эвакуации по назначению. По мнению П.Г. Брюсова (1990) и Ю.Г. Шапошникова (1990), в условиях катастроф целесообразно выделение групп пострадавших, основываясь, главным образом, не на тяжести их состояния, а на прогнозируемой эффективности медицинской помощи. Как правило, выделяют 4 группы пострадавших. Первая — требующие неотложной реанимационной помощи или нуждающиеся в неотложных хирургических вмешательствах по жизненным показаниям. Она составляет около 20% от общего потока пораженных. Вторая — нуждающиеся в срочном, преимущественно хирургическом лечении, которое может быть осуществлено в течение 6 - 8 ч (20%). Третья — с легкими повреждениями, помощь которым может быть оказана в условиях амбулатории (до 40%). Четвертая — агонирующие, нуждающиеся в облегчении страданий (20%). Здесь важна еще одна деталь, имеющая прямое отношение к патологии при сочетанных травмах: высокая частота черепно-мозговых травм, часто сочетающихся с повреждениями внутренних ор-

ганов и с наиболее тяжелыми травмами конечностей. По отношению ко всем пострадавшим это составляет для данного этапа около половины нуждающихся в стационарном лечении (значительная часть легкопострадавших здесь не учитывается из-за возможности их амбулаторного лечения).

У значительной части раненых уже визуально определяются тяжелые повреждения (кровотечение изо рта, носа и ушей при черепно - мозговой травме; раны лица, груди и конечностей; отрывы последних или грубые их деформации), а некоторые из них находятся в бессознательном состоянии. Крайне важно знать все детали обстоятельств получения травм, но, с учетом преимущественно тяжелого состояния пострадавших, а в условиях массового потока при оказании помощи и острого недостатка времени, нельзя уделять этому чрезмерного внимания, а проводить обследование по определенной схеме. При сочетанной травме, которая характеризуется множественным характером повреждений (69,5%), целесообразно сразу же выделить из них «ведущее» или доминирующее («наиболее опасные для жизни в данный момент и требующие оказания первостепенной помощи» М. Н. Фаршатов с соавт., 1962). Это тем более необходимо, что иногда обследование осуществляется одновременно с жизнепасающими лечебными мероприятиями (противошоковая терапия или операции по поводу внутреннего и наружного кровотечения, сдавления головного мозга, повреждения полых органов, отрывов и разрушений конечностей) (таблица №2).

Таблица 2. - Повреждения при сочетанных переломах костей 2000 – 2008 г.г.

Перелом костей конечностей + ЧМТ	29 (12%)
Перелом костей конечностей + повреждение груди и органов грудной клетки	15(6,3%)
Перелом костей конечностей + повреждения органов живота	20(8,4%)
Перелом костей таза + повреждение тазовых органов	9(3,8%)
Множеств. переломы, переломы в сочетании с травмой внутр-их органов двух и более локализаций	166(69,5%)
Всего наблюдений	239(100%)
Летальность	17(7,1%)

Безусловно, основной диагностики должно служить объективное обследование, направленное на выявление всех повреждений. Оно начинается с оценки состояния гемодинамики (пульс, АД и др.) и последовательно включает тщательный осмотр, пальпацию и другие тесты, применяемые в диагностике поврежденных органов. В необходимых случаях, даже при возникновении одного только подозрения на факт повреждения, следует проводить полное рентгенологическое обследование. Мы считаем, что при множественной, сочетанной травме целесообразно осуществлять экстренную обзорную рентгенографию всего тела или, по крайней мере, наиболее «травмотогенных» его областей черепа, позвоночника, груди, брюшной полости, таза, крупных суставов конечностей. Объем и содержание диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с тяжелой сочетанной травмой, приоритетной задачей становится диагностика и лечение явно и скрыто протекающих осложнений, в выявлении которых ведущая роль принадлежит современным методам лучевой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ).

Из всех поступивших с тяжелой сочетанной травмой 93,5% пострадавших нуждались в оперативном пособии.

При внутричерепных кровотечениях обычно производится одно- или двусторонняя краниотомия. Ранние операции такого рода, приводящие к декомпрессии головного мозга, по данным большинства авторов, дают более положительные результаты, нежели выжидательная тактика. Весьма важна для исхода операции надежная топическая диагностика расположения гематомы и источника кровотечения. Хирургическое пособие сводится обычно к эвакуации гематомы и остановке кровотечения. Повреждения желудочно-кишечного тракта практически неизбежны при достаточно сильных тупых травмах живота. Различной может быть только степень их выраженности: от ушибов

стенки желудка или кишечника до их разрывов и отрывов от брыжейки. Это определяется не только силой повреждающего механического агента, но и направлением его действия, упругостью и толщиной брюшной стенки, степенью наполнения органов желудочно-кишечного тракта. Повреждение поджелудочной железы ведет к развитию так называемого травматического панкреатита, возникающего вследствие разрывов ацинусов и мелких протоков и активации ферментов внутри поджелудочной железы. Поступление активных ферментов в парапанкреальную клетчатку может быть причиной парапанкреатита и ограниченного ферментативного перитонита (В. И. Филин с соавт., 1978). Поэтому повреждения поджелудочной железы при сочетанной травме нередко требуют оперативного лечения.

Лечение пострадавших с тяжелыми механическими травмами должно быть комплексным, в известном смысле, унифицированным. Мы не стали и не могли ставить своей задачей детальный разбор всех лечебных мероприятий, использующихся при травматической болезни. Мы преследовали единственную цель показать, что оказание помощи пострадавшим с тяжелыми механическими травмами представляет сложную комплексную задачу, что лечение их определяется характером, обширностью и локализацией повреждения, тяжестью и периодом развития травматической болезни, реактивностью организма.

Литература:

1. Демьянов В.М., Абелева Г.М. Множественная и сочетанная травма Вестник хирургии №9 1980г.
2. Селезнев С.А., Худайберенов Г.С. Травматическая болезнь, 1994г.
3. Поляков В.А. Избранные лекции по травматологии, 1980г.

Жеке медициналық жасаққа күрделі жарақатпен келіп түскен кездегі хирургиялық тактика

А.А. Бекимов, К.К. Смаилов

«Жекеленген медициналық жасаққа (ЖМЖ) күрделі жарақатпен келіп түскен кездегі хирургиялық тактика» мақаласында ЖМЖ - келіп түскен 8 жыл аралығындағы жарақатпен келіп түскендердің ішіндегі, пайызы 21,4 құрайтын, күрделі бірнеше ағзалар жарақатымен келіп түсушілерді зерттеп, оларды тексерудің, сараптаудың, ем қолдану тәсілдерін ұсыну болып отыр.

Бірнеше адамдардың, күрделі жарақатпен бір мезгілде келіп түсуі кезіндегі дұрыс диагнозды тез қойып, оперативтік емнің тәсілдері ашып айтылған.

Surgical tactic at combined trauma in condition separate medical troop

B. Bekimov, K. Smailov

According the data of World Health Organization every year in the world died 3,5million people due to trauma and 2 million people have invalidity. The aim of this article is analysis activity of separate medical troop for 8 years, including combined trauma, that makes 21,4% from total number of traumas, so investigation of classification, diagnostic and methods of treatment.

The majority of combined trauma is trauma due to accident, because separate medical troop is located near way "Almaty-Bishkek". In this article is described the topic of fast diagnostic and tactic of surgical treatment.