

Общая летальность при сочетанных повреждениях составила 9,7%. Основными причинами летальных исходов явились шок с кровопотерей, тяжелая черепно-мозговая травма, инфекционно-воспалительные осложнения. Средний срок развития летальных исходов составил  $2 \pm 1,1$  суток. В значительной степени на уровень летальности оказывали влияние тяжесть повреждений и тяжесть состояния пострадавших при поступлении.

Таким образом, пострадавшие с сочетанной травмой являются наиболее тяжелым контингентом, требующим специализированной медицинской помощи в условиях многопрофильного хирургического стационара.

## Сочетанные травмы по данным торакоабдоминального отделения и отделения скелетной травмы

Кузнецова Н.Л., Шаламов А.М.,  
Жиляков А.В., Берсенев С.А.

Все травмы тела человека принято делить на изолированные, множественные, сочетанные и комбинированные. Сочетанными повреждениями являются одновременные повреждения нескольких различных систем и органов. Множественные и сочетанные травмы часто объединяют вместе, называя «политравмой».

До настоящего времени нет единой классификации политравмы. В конечном счете, все повреждения могут быть представлены той или иной степенью тяжести ЧМТ, повреждением грудной клетки или живота и переломами костей, с выделением доминирующего фактора.

Анализ исходов лечения больных с тяжелой черепно-мозговой травмой в сочетании с повреждением конечностей выявил, что при этих политравмах в 75% развивается шок, летальность составляет от 23% (Горячев А.Н., 1981), до 53% (Лихтенштейн О.А., 1981).

В общей структуре транспортный травматизм составляет 56,2%, бытовой – 35,9%. Повреждения конечностей в сочетании с травмой живота наблюдались в 42%, таза – в 58,6%, позвоночника – в 5%. Размозжение мягких тканей имело место у 40% умерших. В основном летальность больных связана с поражением головного мозга, являвшимся доминирующим повреждением. (Лихтенштейн О.А., 1981).

Сочетанные травмы составляют от 5% до 18% всех стационарных травм (Подвальный А.Ю., 1981). Пострадавшие делятся на группы: сочетание перелома с ЧМТ – 49%, перелома с травмой грудной клетки – 14%, перелома с травмой живота – 13%, прочие сочетания – 25%. Наиболее работоспособный возраст пациентов (20-50 лет) составляет 66%. В алкогольном опьянении находится до 33% пострадавших.

По тяжести состояния пострадавших можно разделить на три группы: 1) с легкой травмой, безопасной для жизни; 2) с травмой средней тяжести; 3) с тяжелой травмой, сопровождающейся опасными для жизни патофизиологическими сдвигами.

Возникновению политравмы способствовали две группы причин: экзогенные, которые не зависят от пострадавших, и эндогенные, обусловленные, в большей степени, личностью самого пострадавшего: его возрастом, характером, темпераментом, состоянием психики, реактивностью и вредными привычками. Причин внутреннего порядка почти в 2 раза больше, чем внешнего. Неосторожность и алкогольное опьянение составляют 47% всех причин этиологии политравмы. Наиболее тяжелые повреждения возникают при несчастных случаях на транспорте и на промышленном производстве. Более легкие – связаны с бытовыми и спортивными происшествиями.

Вторая половина XX века во всем мире характеризуется непрерывным ростом множественных и сочетанных травм. Это ставит ряд качественно новых задач организационного и лечебного плана. Сочетанные травмы в силу своей специфики требуют определенных медицинских стандартов, содержащих сведения о необходимых диагностических манипуляциях, схемах лечения, желаемых результатах.

Для создания медицинских стандартов используется метод экспертизы оценок, но, к сожалению, они не учитывают значимость отдельных повреждений в течении травматической болезни. Были предложены стандарты по сочетанной травме, основанные на моделировании зависимости тяжести травмы от степени повреждения органов грудной и брюшной полости, опорно-двигательного аппарата, головного мозга. Каждый из перечисленных вариантов делится на 4 степени тяжести.

На взгляд авторов, это обоснованно, так как исход политравмы напрямую зависит от количества и тяжести повреждений. По данной схеме любая политравма легко кодируется и имеет 112 вариантов: от полного отсутствия травмы до несовместимых с жизнью.(табл. №18). Степень тяжести увеличивается слева направо и сверху вниз. При

суммированием чисел, входящих в шифр стандартов, определяется цифровое отражение степени тяжести состояния. Группы вариантов с одинаковым цифровым отражением названы группами тяжести.

Таблица № 18.

1	П040С0 П140С1 П140С2 П140С3 П140С4	П140С0 П140С1 П140С2 П140С3 П140С4	П240С0 П240С1 П240С2 П240С3 П240С4	П340С0 П340С1 П340С2 П340С3 П340С4	П440С0 П440С1 П440С2 П440С3 П440С4
2	П041С0 П041С1 П041С2 П041С3 П041С4	П141С0 П141С1 П141С2 П141С3 П141С4	П241С0 П241С1 П241С2 П241С3 П241С4	П341С0 П341С1 П341С2 П341С3 П341С4	П441С0 П441С1 П441С2 П441С3 П441С4
3	П042С0 П042С1 П042С2 П042С3 П042С4	П142С0 П142С1 П142С2 П142С3 П142С4	П242С0 П242С1 П242С2 П242С3 П242С4	П342С0 П342С1 П342С2 П342С3 П342С4	П442С0 П442С1 П442С2 П442С3 П442С4
4	П043С0 П043С1 П043С2 П043С3 П043С4	П143С0 П143С1 П143С2 П143С3 П143С4	П243С0 П243С1 П243С2 П243С3 П243С4	П343С0 П343С1 П343С2 П343С3 П343С4	П443С0 П443С1 П443С2 П443С3 П443С4
5	П044С0 П044С1 П044С2 П044С3 П044С4	П144С0 П144С1 П144С2 П144С3 П144С4	П244С0 П244С1 П244С2 П244С3 П244С4	П344С0 П344С1 П344С2 П344С3 П344С4	П444С0 П444С1 П444С2 П444С3 П444С4

Для проверки данного способа оценки тяжести состояния и кодировки диагноза было проведено следующее исследование. Из архива ЦГБ № 23 отбирались истории болезни пострадавших от сочетанной травмы, находившихся на лечении в отделениях

торакоабдоминальной и скелетной травмы в период 1997-1998 гг. За этот двух летний период прошло 658 случаев сочетанной травмы, из них 511 в торакоабдоминальном, а 147 в отделении скелетной травмы.

Все эти случаи были закодированы по вышеописанной схеме и занесены в специально созданную компьютерную базу данных, все статистические расчеты выполнялись в электронной таблице Excel 97. Для оценки тяжести состояния пострадавших в различных группах тяжести брались следующие показатели: средний койко-день, летальность.

Летальность в группах одинаковой степени тяжести высчитывалась как процент отношения погибших больных от травмы к выжившим. Средний койко-день, проведенный в стационаре, рассчитывался как среднее арифметическое в каждой группе тяжести у выживших больных. Значения этих приведены в таблице № 19.

Таблица № 19.

Степень	Всего поступило	Всего умерло	Средний койко-день	Летальность
1	1	0	5,00	0,00%
2	99	0	9,95	0,00%
3	171	1	12,51	0,58%
4	206	8	16,82	3,88%
5	69	10	20,86	14,49%
6	40	11	26,03	27,50%
7	23	9	37,93	39,13%
8	13	3	35,80	23,08%
9'	15	11	42,75	73,33%
10	8	6	26,50	75,00%
11	8	8	0,00	100,00%
12	5	5	0,00	100,00%

По данным таблицы № 19, ясно заметен рост летальности и среднего койко-дня с увеличением степени тяжести травмы, определенной по предложенным стандартам. По полученным данным построены графики № 1, 2.

График № 1.



График № 2.



По этим графикам видна прямая, близкая к линейной зависимости среднего койко-дня и летальности от степени тяжести травмы.

*Список литературы:*

1. Кузнецова Н.Л., Шаламов А.М Использование медицинских стандартов при сочетанной травме. В сб.: Актуальные вопросы травматологии и ортопедии.– Екатеринбург, 1992. С 298-301.
2. Изолированные и сочетанные механические травмы: Сб. науч. тр./Перм. гос. мед. ин-т, Редкол.: Денисов А.С. (науч. ред.) и др.– Пермь, 1990. С. 64 .

3. Жестовский В.К, Лысиков А.В. Продолжающееся обсуждение вопросов о сочетанной черепно-мозговой травме/ Моск. гос. мед. ин-т им. И.М. Сеченова. Дата депон-ния 31.03.88.– М., 1988. С.6.
4. Сочетанные и множественные повреждения: Метод. рекомендации/Рязан. мед. ин-т им. Павлова И.П. Каф. хирургии ФУВ; Сост. Воложин С.И.– Рязань, 1990. С.27.
5. Сочетанные ранения груди и живота: Метод. рекомендации/МЗ РСФСР; Разраб. Моск. гор. НИИ скорой помощи им. Склифосовского Н.В.; Сост. Абакумов М.М. Дата утв. 21.04.88.– М., 1989. С. 24.

## VI. АМБУЛАТОРНАЯ ТРАВМАТОЛОГИЯ

### Анализ лечения больных с повреждениями плечевой кости в области хирургической шейки

*Микушина М. П.*

Целью данной работы было обобщение опыта лечения больных с переломами хирургической шейки и отрывах большого бугорка. В течение 1998 года в травмпункте ЦГБ №23 пролечено 72 пациента с переломами данной локализации, что составляет 0,4 % от общего числа больных с острой травмой и 2,5% от общего числа переломов. Если углубиться в статистику и представить соотношение больных по возрастным группам, то выясняется следующее:

Таблица №20.

Возраст (лет)	Количество больных	Процент (%)
10-20	4	5.5
21-30	5	6.9
31-40	6	8.3
41-50	10	13.8
51-60	18	25
61-70	15	20.8
71-80	12	16.6
81-90	3	4.1