

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 специфичности требуют определенных медицинских стандартов, содержащих сведения о необходимых диагностических манипуляциях, схемах лечения, желаемых результатах.

Для создания медицинских стандартов используется метод экспертных 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

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

Таблица № 18.

1	П0Ч0С0	П1Ч0С0 П1Ч0С1 П1Ч0С2 П1Ч0С3 П1Ч0С4	П2Ч0С0 П2Ч0С1 П2Ч0С2 П2Ч0С3 П2Ч0С4	П3Ч0С0 П3Ч0С1 П3Ч0С2 П3Ч0С3 П3Ч0С4	П4Ч0С0 П4Ч0С1 П4Ч0С2 П4Ч0С3 П4Ч0С4
2	П0Ч1С0 П0Ч1С1 П0Ч1С2 П0Ч1С3 П0Ч1С4	П1Ч1С0 П1Ч1С1 П1Ч1С2 П1Ч1С3 П1Ч1С4	П2Ч1С0 П2Ч1С1 П2Ч1С2 П2Ч1С3 П2Ч1С4	П3Ч1С0 П3Ч1С1 П3Ч1С2 П3Ч1С3 П3Ч1С4	П4Ч1С0 П4Ч1С1 П4Ч1С2 П4Ч1С3 П4Ч1С4
3	П0Ч2С0 П0Ч2С1 П0Ч2С2 П0Ч2С3 П0Ч2С4	П1Ч2С0 П1Ч2С1 П1Ч2С2 П1Ч2С3 П1Ч2С4	П2Ч2С0 П2Ч2С1 П2Ч2С2 П2Ч2С3 П2Ч2С4	П3Ч2С0 П3Ч2С1 П3Ч2С2 П3Ч2С3 П3Ч2С4	П4Ч2С0 П4Ч2С1 П4Ч2С2 П4Ч2С3 П4Ч2С4
4	П0Ч3С0 П0Ч3С1 П0Ч3С2 П0Ч3С3 П0Ч3С4	П1Ч3С0 П1Ч3С1 П1Ч3С2 П1Ч3С3 П1Ч3С4	П2Ч3С0 П2Ч3С1 П2Ч3С2 П2Ч3С3 П2Ч3С4	П3Ч3С0 П3Ч3С1 П3Ч3С2 П3Ч3С3 П3Ч3С4	П4Ч3С0 П4Ч3С1 П4Ч3С2 П4Ч3С3 П4Ч3С4
5	П0Ч4С0 П0Ч4С1 П0Ч4С2 П0Ч4С3 П0Ч4С4	П1Ч4С0 П1Ч4С1 П1Ч4С2 П1Ч4С3 П1Ч4С4	П2Ч4С0 П2Ч4С1 П2Ч4С2 П2Ч4С3 П2Ч4С4	П3Ч4С0 П3Ч4С1 П3Ч4С2 П3Ч4С3 П3Ч4С4	П4Ч4С0 П4Ч4С1 П4Ч4С2 П4Ч4С3 П4Ч4С4

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.

Сте- пень	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., Лысков А.В. Продолжающееся обсуждение вопросов о сочетанной черепно-мозговой травме/И 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