

№12(2). -С.105-11. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23756426> (дата обращения 09.12.2019)

6. Greer R. O. Oral Manifestations of Smokeless Tobacco Use./ O.Robert, Jr. Greer // Otolaryngologic Clinics of North America, - February 2011. - №44(1). - С. 31–56. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> (дата обращения 09.12.2019)

7. Gregory R. L. Effect of smokeless tobacco use in humans on mucosal immune factors/R. L. Gregory, j. C. Kindle, l. C. Hobbs and others// Archives of Oral Biology 1991. -№36(1) - С. 25-31. URL: <https://www.semanticscholar.org/author/Linder-Charlie-Hobbs/24756037> (дата обращения 09.12.2019)

8. Menaka T.R. Evaluation of salivary alkaline phosphatase levels in tobacco users to determine its role as a biomarker in oral potentially malignant disorders./ T.R.Menaka, G.Vasupradha, S. Shamala Ravikumar and others // J Oral Maxillofac Pathol. 2019 Sep-Dec; - №23(3), -С.344–348. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> (дата обращения 09.12.2019)

## **СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ХИРУРГИЯ**

УДК 616:001:614.88

**Алиева Н.Р., Демидов В.А.**

### **ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ТРАВМОЦЕНТРА**

Кафедра травматологии и ортопедии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Alieva N.R., Demidov V.A.**

### **TREATMENT OF INJURED WITH SEVERE POLYTRAUMA IN A TRAUMA CENTER**

Department of traumatology and orthopedic  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: Narmina.alieva.98@mail.ru

**Аннотация.** В статье изучена значимость оказания первичной доставки тяжелых пострадавших с места происшествия специализированными бригадами скорой медицинской помощи в травмоцентры 2-го и 3-го уровня. Представлены результаты ретроспективного исследования пациентов.

**Annotation.** The article deals the importance of providing primary delivery of emergency victims from the scene of the accident by specialized emergency medical

teams to the trauma center of the 2<sup>nd</sup> and the 3<sup>rd</sup> levels. The results of a retrospective study of patients are presented.

**Ключевые слова:** политравма, сочетанная травма, организация помощи при дорожно-транспортных происшествиях, травмоцентры, травмосистема.

**Key words:** polytrauma, associated trauma, health care in traffic accidents, trauma center, trauma system.

### **Введение**

В последние годы доминирующее значение среди травм приобрели тяжелые сочетанные травматические повреждения, известные так же как политравма.

Политравма – это совокупность двух и более повреждений, одно из которых либо их сочетание несет непосредственную угрозу для жизни пострадавшего и является непосредственной причиной развития травматической болезни [2].

Смертность от политравмы в России занимает второе место в мире. Особое место занимают тяжелые сочетанные травмы, полученные в дорожно-транспортных происшествиях, летальность при которых достигает 60%. В 2019 году в России в ДТП пострадало 210,8 тыс. человек, погибли 16,9 тыс. [1].

Ежегодно в Российской Федерации 10,2% смертей от тяжелых сочетанных повреждений происходят уже на стадии госпитализации, 13% - в стационаре, тогда как в ведущих странах мира эти показатели не превышают 2-3%. Только 30% пострадавших с места происшествия доставляются в стационар машинами скорой помощи, 70% - доставляются попутным транспортом без оказания медицинской помощи на месте и по пути следования в больницу, особенно это касается сельской местности, в результате чего состояние больных значительно ухудшается [1].

Как правило, первая помощь оказывается в порядке само-, взаимопомощи или помощи со стороны лиц, находившихся на месте происшествия, и носит случайный характер. Жизненно важным является оказание медицинской помощи в течение первого часа. Приближение специализированной помощи значительно увеличивает шансы на выживание у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

Залогом успеха в лечении политравм, является концентрации больных с политравмой в Травмоцентрах 2-го и 3-го уровня - крупных многопрофильных больниц с учетом организации полноценной медицинской помощи на догоспитальном этапе, этапе транспортировки и в стационаре [3].

**Цель исследования** — снижение уровня летальности пациентов с тяжелыми сочетанными травмами.

### **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось на базе ГБУЗ СО “Свердловская областная клиническая больница №1”. В исследовании приняли участие 40 человек, находившихся на лечении в 2018-2019 г. Среди них 29 (72,5%) мужчин, 11

(27,5%) женщин; получили автодорожную травму - 23 (57,5%), бытовую - 13 (32,5%), производственную - 1 (2,5%), криминальную - 1 (2,5%), кататравму - 2 (5%); тяжелое состояние после травмы - 32 (80%), среднетяжелое - 7 (17,5%), крайне тяжелое - 1 (2,5%). Средний возраст пациентов составил 40 лет, минимальный возраст - 19, максимальный - 66. Дизайн исследования - ретроспективное.

В данном исследовании у пациентов были проанализированы:

1. Собственно травма (ее вид, характер, объем, сочетание анатомических областей, осложнения, повреждения органов, состояние после травмы, исходы);
2. Оказание помощи на всех этапах (сроки, объем и место ее оказания, проведенные манипуляции);
3. Лечение в травмоцентре 3 уровня (проведенные операции, сроки, объем, осложнения лечения);
4. Исходы.

Нами были изучены научные публикации, посвященные проблеме лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой по наиболее доступным отечественным и зарубежным базам данных за последние 10 лет.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Характер травмы всех исследуемых пациентов - сочетанная. Повреждения одной анатомической области - 1 (2,5%), двух - 12 (30%), трех - 13 (32,5%), четырех - 11 (27,5%), пяти - 3 (7,5%).

Сочетания поврежденных анатомических областей представлены на рисунке 1.

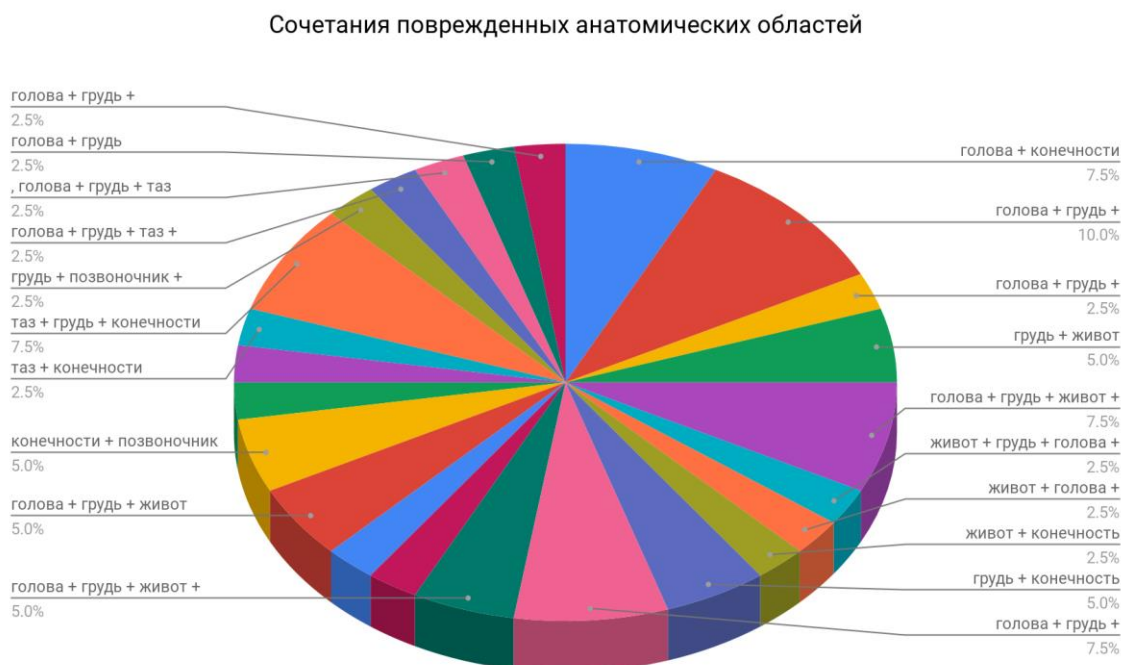


Рис. 1. Сочетание поврежденных анатомических областей.

Наблюдалось и повреждение органов: ГМ - 21 (52,5%), легких - 11 (27,5%), сердца - 2 (5%), селезенки - 6 (15%), поражение печени - 4 (10%), поражение ПЖ - 2 (5%), поражение почек - 3 (7,5%), поражение кишечника - 5

(12,5%), поражение диафрагмы – 2 (5%), уретры – 1 (2,5%), спинного мозга – 1 (2,5%), поражение нервов – 1 (2,5%), перелом костей конечностей -29 (72,5%), перелом позвоночника - 8 (20%).

Пострадавшие с места получения травмы были доставлены в ближайшие травмоцентры. Из них: травмоцентров I уровня - 4 (10,0%), II уровня - 19 (47,5%), III уровня - 17 (42,5%). Помощь получили 100% пострадавших. Превалировали такие операции, как дренирование плевральной полости, ПХО ран, лапаротомия, скелетное вытяжение.

Перевод в ОКБ (травмоцентр 3 уровня) осуществлялся в среднем через 4-6 дней. Переведено в 1 сутки - 14 (35%), 2-3 сутки - 9 (22,5%), 4-5 сутки - 6 (15%), 6-7 сутки - 2 (5%), позже 7 суток - 9 (22,5%). Перед переводом оценивали состояние пострадавшего и безопасность транспортировки.

После перевода в ОКБ проводились операции, приведенные в таблице 2.

Таблица 2.

<b>Операция</b>	<b>Частота встречаемости</b>
Остеосинтез 1-го сегмента	19
Остеосинтез 2-х сегментов	4
Спондилосинтез	2
Верхняя трахеостомия	4
Трепанация черепа	1
Репозиция	3
Дренирование	5
Лапароскопия	1
Лапаротомия	1
УЗДГ вен и артерий	1
Декомпрессия	1
Спондилодез	1
Вправление	2
Наложение наружных фиксирующих устройств	3
Тромбэктомия	1

Ампутация	1
Торакоцентез	1

Самая частая операция (47,5% случаев) - остеосинтез 1-го сегмента. Остальные операции проводились не в таком большом количестве.

Наблюдалось множество осложнений травм, среди которых: пневмония - 3 (7,5%), двухсторонний гнойный эндобронхит - 1 (2,5%), серозно-гнойный перикардит - 1 (2,5%), гнойный плеврит - 1 (2,5%), сепсис - 1 (2,5%), полиорганная недостаточность - 1 (2,5%).

Что же касается осложнений лечения: у 35 пациентов лечение без осложнений.

Исходы: выздоровление у 38 (95%) человек, смерть – у 2 (5%). Среди причин летальности: 1. Флеботромбоз с развитием ТЭЛА, сепсис, пиемические очаги, полиморфные микротромбы в сосудах, дистрофические и некротические изменения во внутренних органах, разрыв селезенки – полиорганная недостаточность. 2. Жировая эмболия, септический шок, ОССН.

#### **Выводы:**

1. Своевременная и в полном объеме проведенная помощь пострадавшим с сочетанной травме на первом этапе приводит к значительному снижению летальности.

2. Грамотная маршрутизация пострадавших с тяжелой сочетанной травмой и своевременная их перегоспитализация в травмоцентр 3 уровня позволили спасти максимальное количество травмированных.

#### **Список литературы:**

1. Агаджанян В.В. Организация медицинской помощи при множественной и сочетанной травме (политравме). Клинические рекомендации (протокол лечения) (проект) / В.В. Агаджанян — Кемерово, 2015. — С. 6-18.

2. Колдин А.В. Комплексная оценка эффективности организации оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в догоспитальном периоде: автореф.дисс. канд.мед.наук / А.В.Колдин. - Москва, // 2010. - С. 31.

3. Мысаев А.О. Дорожнотранспортный травматизм. Часть 3: система оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортном происшествиях (литературный обзор) / А.О. Мысаев, С.К. Меирманов, Д.М. Дюсенбаев // Наука и здравоохранение.

УДК. 617-089.844

**Афони́на В.В., Исмаилова М.С., Суханова В.О., Киселев А. В.  
ЧРЕСКОЖНАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.**

Кафедра травматологии и ортопедии  
Уральский медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация