

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

М.Н. Намазбеков, А.К. Молдоташова, У.Б. Байзаков

Рассматривается сочетанная травма (СТ) как клиническое качество, обуславливающее кризис жизненных функций организма. Предложены современные методики диагностирования при различных видах травм.

Ключевые слова: сочетанная травма; травматизм.

Сочетанная травма (СТ) представляет собой одновременное повреждение нескольких органов из семи анатомических областей тела одним травмирующим агентом. Она является не просто суммой повреждений нескольких органов и областей тела, это клиническое качество, обуславливающее кризис жизненных функций организма.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), травмы и травматизм занимают третье место в мире среди причин смерти (С.З. Горшков и соавт.), причем у лиц молодого возраста (до 40 лет) он занимает первое место в структуре летальности (Н.А. Ефименко).

За последнее десятилетие частота сочетанных травм увеличилась вдвое и колеблется в пределах 3,5–20 % (Е.Е. Чепурных). По данным различных авторов, в общей структуре травматизма СТ выявляется в 22 % случаев с легальностью в возрасте 40–60 лет и инвалидностью, составляющей 25–45 %. Летальность при сочетанной травме в 3,1 раза выше, чем у больных с изолированной травмой [1]. Е.К. Гуманенко, имея достаточно большой опыт оказания помощи больным с СТ, отмечает, что летальность от нее составляет 43 %, причем, несмотря на внедрение новых методов диагностики и лечения, общего снижения летальности в последнее десятилетие не произошло, что связано с изменением структуры поступающих пострадавших. Эти больные доставляются в крайне тяжелом состоянии, нередко с необратимыми повреждениями жизненно важных органов. Так, отмечается увеличение в полтора раза доли пострадавших с повреждением четырех областей тела, а с повреждениями пяти и более областей – почти в два раза.

Ряд авторов основными причинами сочетанной травмы отмечают: ДТП – в 46,4 %; бытовую травму – в 25,2 %; кататравму – в 15,7 % случаев (Б.Э. Мункожаргалов). Необходимо отметить, что за последние пять лет летальность от ДТП в России увеличилась на 65 %, а число погибших стойко держится на уровне 33–35 тыс. человек в год (Н.А. Ефименко). В последние годы увеличился удельный вес тупой травмы живота, автодорожной травмы и колото-резаных ранений [2].

Среди пострадавших наибольший процент занимает закрытая травма (повреждение черепа, опорно-двигательного аппарата, груди), которая наблюдается преимущественно у мужчин трудоспособного возраста. Тяжесть повреждений у погибших на догоспитальном этапе значительно выше, чем у погибших в стационарах, причем около трети больных погибают на догоспитальном этапе (Е.Г. Григорьев).

Особое место в последние годы занимают огнестрельные ранения. Особенностью проникающих огнестрельных ранений является то, что масштабы разрушения тканей во много раз превосходят размеры снаряда и проделанного им раневого канала, и сопровождаются массивной кровопотерей (Д.В. Усов).

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), черепно-мозговые травмы (ЧМТ) имеют тенденцию к нарастанию в среднем на 2 % в год. Сочетание ЧМТ с травмой опорно-двигательного аппарата встречается в 58–78,8 % от общего числа политравм (Н.П. Рябов). Черепно-мозговая травма относится к категории тяжелых и крайне тяжелых повреждений. При этом в группе крайне тяжелых повреждений летальность достигает 88,6–91 % (С.Е. Гри-

горьев). Летальность при изолированной ЧМТ составляет 8,6 %, при сочетанной – 22,2 % [1]. Сочетание тяжелой черепно-мозговой травмы с травмой органов живота составляет 39 %, сочетание ЧМТ с травмой грудной клетки и ее органов – 13,3 % (А.П. Кузмичев, А.Н. Шапкин и соавт.) наиболее часто встречали у детей черепно-абдоминальную травму и сочетанную абдоминальную травму с повреждением грудной клетки.

Отмечено, что основными причинами смерти при сочетанной ЧМТ и травмы опорно-двигательного аппарата являются: отек и дислокация головного мозга, пневмония, шок и кровопотеря, жировая эмболия и тромбоз эмболии легочной артерии. Наличие у больных внутричерепной гематомы и ушиба головного мозга **II–III степени ухудшают прогноз сочетанной ЧМТ и травмы опорно-двигательного аппарата на 40 %** (Д.В. Сафонов).

Без сомнения, диагностические манипуляции (рентгенография, компьютерная томография, УЗИ и др.), выполняемые у больных с СТ, должны быть информативны, занимать мало времени, быть одним из этапов лечебных мероприятий (пункции, дренажи, катетеры и др.). Важно помнить, что люмбальная пункция при тяжелой травме мозга, внутричерепной гематоме строго противопоказана из-за возможности дислокации. При СТ на первый план выступает остановка кровотечения а затем уже – удаление внутричерепной гематомы (либо одновременное выполнение вмешательства несколькими бригадами).

К важным диагностическим мероприятиям многие хирурги относят КТ и МРТ исследования. Показаниями к их применению являются: ЧМТ, нарушение сознания, наличие очаговой неврологической симптоматики, верифицированный перелом костей черепа (Д.В. Сафонов). Авторы отмечают, что активная тактика выполнения раннего остеосинтеза у пострадавших с СТ головного мозга и опорно-двигательного аппарата позволяет улучшить исходы травм, снизить осложнения и летальность. Оказание специализированной помощи при сочетании ЧМТ с челюстно-лицевой травмой должно осуществляться в комбинации врача-нейрохирурга с врачами-отоларингологами, окулистами, челюстно-лицевыми хирургами. Особенностями оказания помощи такой категории пострадавших являются: трудности диагностики характера челюстно-лицевой травмы у больных с глубоким расстройством сознания; сложность оказания помощи больным, находящимся в психомоторном возбуждении; опасность

обильных кровотечений в полости рта и носа; наличие в полости рта инородных предметов, отломков костей и зубов у больных с расстройством сознания в первые часы после поступления (Б.А. Сотниченко).

Второе место в структуре травм занимает травма опорно-двигательного аппарата.

Интересные данные были представлены А.В. Бондаренко и В.А. Пелеганчуком, которые предлагают применение малоинвазивных способов остеосинтеза длинных трубчатых костей нижних конечностей и таза, что обуславливает активную раннюю мобилизацию пострадавших с СТ опорно-двигательного аппарата и позволяет добиться хороших результатов [4].

Травма груди занимает третье место в структуре травм, уступая лишь ЧМТ и травме конечностей. По данным судебно-медицинской экспертизы, частота травм грудной клетки составляет 43–54 % среди всех механических повреждений, причем на долю сочетанных повреждений груди приходится около 60–70 % от всего количества СТ. Торакоабдоминальные ранения составляют 8 %. Б.А. Сотниченко и соавт. отмечают, что эти повреждения являются одними из самых тяжелых, причем повреждения жизненно важных структур со стороны других анатомических областей при СТ груди превалируют над торакальными. Объем операции у 80 % пострадавших сводится к ПХО, реинфузии крови и дренированию плевральной полости. В последние годы в структуре повреждений возросла доля огнестрельных ранений груди. Ю.Б. Шапот и соавт. отмечают, что неблагоприятный прогноз таких ранений для оперативного лечения зависит от продолжительности реанимационных мероприятий выведения из шока. Чем этот период продолжительнее, тем хуже прогноз. У пострадавших с продолжительностью реаниматологического пособия более 24 часов операции производятся только в экстренном порядке по жизненным показаниям в минимальном объеме (Ю.Г. Шапошников).

СТ органов брюшной полости занимает 3–4 место среди всех сочетанных травм. По данным разных авторов, летальность при СТ органов брюшной полости (ОБП) варьирует от 7 до 73,6 %. В прогностическом плане наиболее значимой является трехполостная травма, сочетанная с повреждением опорно-двигательного аппарата – летальность достигает 53 % [5].

Большое значение для оценки тяжести состояния пострадавшего имеют определение частоты пульса, величины артериального давления,

температуры тела, электрической активности мозга и сердца, а также частоты и глубины дыхания (К.Н. Голобородько).

Среди всех повреждений поджелудочной железы частота сочетанных травм составляет 50–69 %. Как правило, они сочетаются с повреждением печени, ДПК, желудка, селезенки (И.Г. Толстокоров) и, нередко, с повреждениями магистральных сосудов. Объем хирургических вмешательств по поводу ранений и повреждений поджелудочной железы до конца не определен, так как при указанной патологии выполняются до 18 различных видов операций (Л.С. Зингерман). Основными моментами при повреждении поджелудочной железы являются остановка кровотечения и дренирование. Применяется также пломбировка протока поджелудочной железы или его дренирование. При обширном повреждении, а также при полном разрыве железы, наиболее целесообразна дистальная резекция органа.

По данным литературы, частота повреждения селезенки при СТ составляет 41–88,5 % (А.Г. Шерцингер). Наиболее информативными инструментальными методами диагностики повреждения селезенки являются УЗИ, информативность которого составляет 80 %, селективная ангиография и лапароскопия.

Среди внутренних органов при СТ повреждения печени составляют 33–75,3 % (В.М. Лебезев). Несмотря на существующие современные диагностические и лечебные манипуляции, повреждения печени сопровождаются высокой летальностью, достигающей 50–60 %, которая связана, прежде всего, с сочетанностью повреждений, декомпенсированным шоком, кровопотерей, развитием гнойно-септических осложнений. Пострадавшим с СТ печени необходимы сердечно-легочная ре-

анимация, борьба с шоком и гиповолемией, диагностика всех имеющихся повреждений, минимальных по объему операций на печени, хирургической коррекции всех других повреждений органов брюшной полости (А.Н. Шапкин).

Диагностика СТ, несмотря на применение современных методов исследования, представляет трудную задачу. Совершенствование общепринятых, а также разработка новых диагностических методик интенсивно продолжаются.

Литература

1. *Благодатский М.Д.* Об организации экстренной помощи пациентам с сочетанной черепно-мозговой травмой в условиях городского травматологического стационара / М.Д. Благодатский, А.В. Семенов, Ю.А. Семенова // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. 2005. № 3. С. 131–132.
2. *Апарцин К.А.* МОСТ: мониторинг травматизма при сочетанных механических повреждениях / К.А. Апарцин, А.П. Зайцев, А.В. Новожилов // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. 2005. № 3. С. 112–114.
3. *Вагнер Е.А.* Клинико-экспериментальные материалы по изучению сочетанной травмы груди / Е.А. Вагнер // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1980. № 10. С. 117–121.
4. *Бондаренко А.В.* Ранняя активная мобилизация пострадавших с сочетанной травмой в профилактике осложнений II периода травматической болезни / А.В. Бондаренко, В.А. Пелеганчук // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. 2005. № 3. С. 152.
5. *Бокарев М.И.* Диагностика повреждений органов брюшной полости при сочетанной травме головы и живота / М.И. Бокарев, А.В. Вардьян, Е.А. Киценко // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. 2005. № 3. С. 172–173.