

УДК: 617.57/58-031.14-18

Косимхожиев Мухаммаджон Иброхимжон-ўгли

Д.м.н., заведующий кафедры

*Травматологии-ортопедии, нейрохирургии,
оториноларингологии и детской анестезиологии,*

Повышении квалификации врачей Андижанского

Государственного медицинского института,

Андижан, Узбекистан

УЛУЧШЕНИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ

Аннотация: В статье приведены результаты исследования множественных и сочетанных травм и оказание экстренной медицинской помощи при травмаатизме

Ключевые слова: травма, позвоночник, грудная клетка. дыхания, кровообращения, сочетанная, множественная травма

Kosimkhozhiev Muhammadjon Ibrohimjon-ugli

Doctor of Medical Sciences, Head of Department

Traumatology-orthopedics, neurosurgery,

otorhinolaryngology and pediatric anesthesiology,

Advanced training for doctors in Andijan

State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

IMPROVING DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MULTIPLE AND COMBINED INJURIES

Annotation. The article presents the results of a study of multiple and combined injuries and the provision of emergency medical care for injuries

Key words: trauma, spine, chest. breathing, blood circulation, combined, multiple trauma

Актуальность: Травматизм последних десятилетий приобретает характер множественных и сочетанных травм (МСТ), поэтому данная проблема актуальна в процессе диагностики и терапии неотложных состояний. Как свидетельствуют статистические данные, в настоящее время пострадавшим первая медицинская помощь оказывается на месте происшествия, а доставка в лечебные учреждения осуществляется «самотеком», поэтому в этих условиях нередко допускаются диагностические, тактические ошибки и не полностью используются возможности современных методов профилактики и лечения осложнений.

Цель исследования: Целью данной работы является изучение результатов организации службы экстренной медицинской помощи (ЭМП), является оперативность в работе и своевременность оказания медицинской помощи. Это положение определяет важность четкой и отлаженной работы всех систем и служб ЭМП начиная от сотрудников линейных и выездных бригад скорой помощи, до работы служб приема, диагностики и стационарных отделов, особенно при таких тяжелых травмах, как множественные и сочетанные травмы.

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты лечения 109 пациентов с МСТ. Анализ механизма травмы показал, что в результате автотранспортных происшествий поступило – 57(52,3%), при падении с высоты - 36(32,8%), от прочих причин - 16(14,9%) больных. Среди пострадавших преобладали мужчины (86 пострадавших - 78,6%), женщин было 14(21,4%). В возрасте 21-50 лет - 74 пострадавших - 68%. В зависимости от сроков, прошедших с момента травмы до поступления в стационар мы различали острые (до 3 суток), подострые (в течение 3 недель), хронические (более 3 недель) повреждения. В первые сутки после травмы поступили 67(61,6%) больных, что объясняется, в основном, несвоевременным переводом их в нашу клинику из других лечебных

учреждений и поздними вызовами специалистов по линии санитарной авиации, неправильной оценкой тяжести состояния и в определении транспортабельности больных.

Обсуждение результатов исследования: Особенности диагностики и терапии МСТ характеризуется следующими положениями:

1. Помощь необходимо оказать в возможно более короткий срок от момента травмы.
2. Обследование должно начинаться с определения состояния жизненно важных функций – дыхания и кровообращения.
3. Оценка сознания проводится в совокупности с результатами неврологических расстройств, офтальмологических и отоларингологических исследований.
4. Общее обследование направлено на выявление повреждения позвоночника и внепозвоночных повреждений, их степени тяжести и локализации.
5. Допустима синдромологическая постановка диагноза.

По материалу нашего центра в 58% случаях (53 пострадавших) доставленным пострадавшим на догоспитальном уровне противошоковые и реанимационные мероприятия применялись в недостаточном объеме или вообще не проводились, что усугубляло состояние пострадавшего. Наибольшая доля осложнений и тяжелых состояний зафиксирована при поступлении по линии «Сан.авиации» и самотеком.

На основании выборочного исследования (по материалам бюро СМЭ Андиганской области и РНЦЭМПАФ) была изучена структура причин летальности пострадавших, за истекший период показавший, что из 2322 умерших смерть вследствие механической травмы возникло у 1182 пострадавших, причем подавляющее большинство которых пострадавшие с МСТ.

Основная задача первого периода обследования – быстрое выявление ведущего повреждения, непосредственно угрожающего жизни больного. Ввиду опасности просмотреть жизненно важные повреждения, мы стремились к максимальной объективизации диагностических методов используя диагностическую плевральную пункцию, ретроградную уретро- и цистографию, эхоэнцефалографию, ЭЭГ, УЗИ, КТ и др. Методы лапароцентеза и лапороскопии были проведены у больных с закрытыми повреждениями живота. Диагностическая трепанация костей черепа необходима при диагностике внутричерепных гематом, катетеризация мочевого пузыря должна выполняться у всех больных в бессознательном состоянии и при травмах позвоночника. Показанием к экстренной операции на позвоночнике и СМ являются повреждения позвоночной артерии с продолжающимся кровотечением, а также быстро прогрессирующий отек спинного мозга. При нестабильных переломах показана закрытая или открытая реклинация с последующей фиксацией. В отдельных случаях, при компрессии тела позвонка более половины его нормальной высоты, применяли механическую реклинацию под поверхностным наркозом и миорелаксантами, в отдаленном периоде с ношением специальных рекленирующих корсетов. При нестабильных переломах была показана закрытая или открытая реклинация с последующей фиксацией, которая состояла в ламинэктомии, ревизии СМ, вправлении смещенных тел позвонков и образовании устойчивого заднего спондилодеза с применением различных устройств. Операцией второй очереди осуществлялись при повреждениях, сосудов конечностей, угрожающих развитием некроза, обширных размозжениях, отрывах и открытых переломах конечностей, когда мы считали возможным отказаться от немедленного оперативного вмешательства, учитывая степень шока и гемодинамических нарушений.

Вывод: Таким образом, в достижении успеха при оказании помощи пострадавшим с МСТ особенно важным является догоспитальное звено первой медицинской и врачебной помощи. При подготовке медицинских работников особое значение следует уделять обучению принципам транспортировки больных, правилам оказания первой медицинской и первой врачебной помощи при МСТ, противошоковых мероприятий, применяемых на догоспитальном этапе. Важным условием в лечении больных с МСТ является своевременность специализированной медицинской помощи, где оказывается обследование и лечение с привлечением необходимых специалистов. Своевременная диагностика определяет правильный выбор очередности консервативных и оперативных мероприятий, а также ранние реанимационные и лечебные мероприятия.

Список использованной литературы:

1. С.М.Журавлев. Травматизм и ортопедическая заболеваемость, их социальные последствия - приоритетная проблема здоровья. Ортоп. травм. и протез.-1999. - №1. - С. 96-100.
2. Б.Ш.Минасов, И.М.Харисова, А.С.Ширяева. Травматизм как социальная проблема. Материалы VI съезда травматологов и ортопедов России (9-12 сентября 1997 г., Нижний Новгород) - С. 32.
3. Г.М.Миронов, М.М.Попова Медицинская помощь при политравме // Ортоп.травм.ипротез.-1990.-№7.-С.63-67.
4. Е.В.Санникова Эпидемиология травм в Санкт-Петербурге. Сборник научных трудов Конференции Молодых ученых «Новое в решение актуальных проблем травматологии и ортопедии» Москва 2000. - С. 61-62.

5. К.А.Теодоракис. Региональные аспекты уровня смертности от транспортных травм. Материалы VI съезда травматологов и ортопедов России (9-12 сентября 1997 г., Нижний Новгород) - С.42.