

Сироджов К.Х., Толибов Ш.М., Эшонов И.Б.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра травматологии и ортопедии ТИППМК

Ключевые слова: сочетанная травма, острый период политравмы, остеосинтез.

Актуальность

Урбанизация современного общества привела к росту числа травм и заболеваний опорно-двигательной системы и неизбежно перешла в ранг колоссальной проблемы во всем мире [1, 2, 6]. Общеизвестной считается оценка сложившегося положения, как период травматической эпидемии с характерным увеличением числа высокоэнергетических травм [4]. Из 2 млн. человек, погибающих ежегодно в мире от травм, у 70% причиной смерти является тяжелая множественная и сочетанная травма [1-4]. Значимую долю из них занимают дорожно-транспортные происшествия. В России, по данным ГИБДД, за 2011 год на дорогах погибло 27900 человек [3]. При этом затраты на лечение больных, получивших травму и инвалидность, очень высоки. Не менее значителен ущерб, который несут семьи и общество в целом в результате потерь, понесенных производством. Экономическое бремя дорожно-транспортных происшествий достигает 3% валового внутреннего продукта (ВОЗ, 2008) [3].

В отдельных странах в период переходной экономики наблюдаются различия по частоте и структуре политравмы в связи со степенью интенсивности транспортных коммуникаций, уровнем организации медицинской помощи и национально-этническими особенностями бытового уклада жизни. Так, в Республике Таджикистан, по данным Пирова Т.А. (2010), доминирует дорожно-транспортный травматизм, который составил 53%, кататравма - 6,8%. При этом в 83,8% случаях больным не была оказана первая медицинская помощь на догоспитальном этапе, только 12% больных доставлены в стационар машиной скорой помощи [5].

Цель исследования

Изучение региональных особенностей механизма травмы, структуры множественных и сочетанных повреждений, качества оказания медицинской помощи и исходов лечения у больных с политравмой в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования

Проанализированы результаты диагнос-

тики и лечения 300 больных, которые находились в клинике травматологии и ортопедии Национального медицинского центра Республики Таджикистан за период 2009 - 2010 г.г. Изучены региональные особенности транспортных коммуникаций, частоты дорожно-транспортных происшествий, кататравм и производственных травм. Основную массу составили лица мужского пола (75,6%) и наиболее трудоспособного возраста (79,5%). Больных разделили на две группы. В первую группу (контрольная) вошли 150 пациентов, у которых лечение переломов проводилось традиционно (скелетное вытяжение, гипсовая повязка и др.). Во вторую (основную) - 150 больных, у которых тактика лечения выработана согласно ортопедического damage control.

Результаты и обсуждение

В сравнении со странами Средней Азии, в Таджикистане выявлен один из низких уровней летальных исходов при ДТП на 100 тысяч населения за 2008 год, при этом в стране самый высокий показатель летальности среди пешеходов - 43,9% (ВОЗ, 2009).

Изучение транспортных коммуникаций Республики Таджикистан выявило следующие особенности: большая часть дорог имеет грунтовое или гравийное покрытие. Лишь в крупных населенных пунктах дороги покрыты асфальтом, что обуславливает низкую скорость передвижения транспорта. При этом количество автомобилей на 1000 населения составило 29 и данный показатель в 2-3 раза ниже, чем в других странах Средней Азии.

В то же время отмечается сложный рельеф дорожных сообщений в связи с тем, что 93% территории Таджикистана окружены горами и обращены к самым высоким горным системам Средней Азии: Тянь-Шань и Памир, что, в свою очередь, увеличивает частоту высокоэнергетических травм.

Низкоэтажность строений, снижение производства обуславливают низкий уровень кататравм и производственных травм в Республике Таджикистан и уменьшает частоту тяжелых повреждений.

В исследование были включены пострадавшие с сочетанной травмой - 91,1%, с множественной травмой - 8,9%. По механизму повреждения доминировали дорожно-транспортные травмы - 66,3 %, кататравма составила 12%. Пострадавшие с транспортным происшествием вне автомобиля составили

79,4%, внутри салона автомобиля - 20,6%. В первые три часа обратились 93,6% пострадавших. Первая медицинская помощь на догоспитальном этапе оказана лишь 36,3% больным. В структуре сочетанной травмы переломы скелета наблюдались: таз в 21,7% случаях, бедра - в 28,4%, кости голени - в 37,9% плечевые кости - в 13,4% (табл. 1).

Таблица 1

Частота повреждений

Локализация и виды повреждений	Группы				Всего	
	Основная		Контрольная		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Переломы длинных костей	124	82,7	121	80,7	245	81,7
Переломы других отделов	47	31,3	62	41,3	109	36,3
Повреждения живота	26	17,3	21	14,0	47	15,7
Повреждения черепа	114	76,0	96	64,0	210	70,0
Повреждения груди	35	23,3	45	30,0	80	26,7
Повреждения позвоночника	9	6,0	7	4,7	16	5,3
Повреждения таза	36	24,0	28	18,7	64	21,3
Раны	40	26,7	36	24,0	76	25,3
Вывихи крупных суставов	5	3,3	3	2,0	8	2,7
Повреждение сосудов и нервов	6	4,0	5	3,3	11	3,7
Повреждения мочеполовых органов	9	6,0	11	7,3	20	6,7
Повреждения челюстно-лицевой области	6	4,0	4	2,7	10	3,3

Анализ частоты повреждений органов и систем в исследуемых группах показывает, что преобладают переломы длинных костей (82,7% и 80,7% соответственно), травмы черепа (76,0% и 64,0%), переломы других отделов туловища (31,3% и 41,3%), травмы груди (23,3% и 30,0%). Повреждения таза в сравниваемых группах составляют 24,0% и 18,7%, повреждения живота - 17,3% и 14,0% соответственно.

В программе комплексного обследования пострадавших наряду с клиническими методами использовались рентгенография, УЗИ органов, лапароцентез, лапароскопии, проводили лабораторные анализы крови на гемоглобин, гематокрит, количество эритроцитов и лейкоцитов, биохимические анализы (оста-

точный азот, мочевины, общий белок, уровень глюкозы, билирубин и т.д.), а также было определено количество жировых глобулов экспресс-методом по Корнилову.

Кроме общеизвестных клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования, для определения тяжести состояния больных и повреждений нами были использованы балльные шкалы оценки тяжести повреждений по Назаренко, уровни сознания по шкале комы Глазго.

Тактика оказания помощи основана на тяжести состояния, тяжести травмы и тяжести доминирующей травмы. Учитывая важность специфики, больные нами распределены в зависимости от тяжести доминирующей травмы (табл. 2).

Таблица 2

Распределение пострадавших в зависимости от локализации доминирующего повреждения

Доминирующая травма	Группы				Всего	
	основная		контрольная		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Повреждение черепа	11	7,3	9	6,0	20	6,7
Повреждение груди	12	8,0	25	16,7	37	12,3
Повреждение живота	12	8,0	8	5,3	20	6,7
Повреждение таза	22	14,7	18	12,0	40	13,3
Повреждение позвоночника	5	3,3	2	1,3	7	2,3
Повреждение конечности	81	54,0	79	52,7	160	53,4
Взаимоконкурирующие	7	4,7	9	6,0	16	5,3
Всего	абс.	150	150		300	
	%	100,0	100,0		100,0	

Как видно из табл. 2, с учетом локализации доминирующего повреждения в сравниваемых группах доминировали повреждения конечности (соответственно 54,0% и 52,7%), повреждения таза (14,7% и 12,0%), повреждения груди (8,0% и 16,7%), повреждения живота (8,0% и 5,3%) и повреждения черепа (соответственно 7,3% и 6,0%).

Тактика хирургического лечения больных с сочетанной травмой проводилась на основе ортопедического damage control в 4 этапа. В первые часы выполнялись операции противошокового характера, например, с целью остановки кровотечения. В дальнейшем проводилась временная стабилизация сегментов аппаратами внешней фиксации, первичная хирургическая обработка ран. На третьем этапе выполнялся предварительный стабильно-функциональный остеосинтез, что позволяло активизировать пациентов. На заключительном этапе проводился окончательный стабильно-функциональный остеосинтез.

При поступлении травматический шок диагностирован у 87,2% пострадавших: I степени - у 12,8%, II степени - у 52,6%, III степени - у 21,8% больных. В 15,3% случаев при разрыве органов брюшной полости в первые 3 часа произведена лапаротомия по экстренным показаниям, интраоперационно выявлен разрыв печени - в 10, селезенки - в 7, брыжейки тонкого кишечника - в 2, толстой кишки - в 5-и случаях, мочевого пузыря в 1 случае. Аутогемотранфузия произведена в 7-х случаях основной группы при разрыве паренхиматозных органов.

Соблюдая принципы доминирующего повреждения, методы ранней репозиции переломов в исследуемой группе использованы в 93 (30,4%) наблюдениях, отсроченной в 46 (15,7%) и поздней в 29 (9,5%) случаях. Ранняя репозиция переломов в контрольной группе производилась в 48 (15,4%) наблюдениях, отсроченная в 35 (11,4%) и поздняя в 53 (17,3%) случаях.

В остром периоде при переломах длинных костей (n=170) у пострадавших основной группы в 88 (51,8%) наблюдениях предпринимались консервативные методы лечения, в 82 (48,2%) - различные методы остеосинтеза. В 62 (36,5%) случаях выполнялись методы стабильного остеосинтеза, в остальных 20 (11,7%) наблюдениях - методы остеосинтеза с дополнительной внешней иммобилизацией. В контрольной группе при переломах длинных костей (n=136) в 98 (72,1%) случаях проводились консервативные методы лечения, в 38 (27,9%) - оперативные методы. Из общего количества оперированных больных в 24 (17,6%) наблюдениях использовались мето-

ды стабильного остеосинтеза, в 14 (10,3%) случаях - остеосинтез с дополнительной внешней иммобилизацией.

У больных основной группы лечение переломов длинных костей проводилось в 4 этапа, согласно damage control. В остром периоде целью лечения переломов является борьба с шоком, первым этапом которой является временная стабилизация аппаратами внешней фиксации, второй этап - инфузионно-трансфузионная терапия шока, выполнение ОЦК, устранение гиповолемии, профилактика ранних осложнений, третий этап - лечение других составляющих компонентов сочетанной травмы, четвертый этап - стабильный окончательный блокирующий интрамедуллярный остеосинтез (БИОС) или наkostный.

Таким образом, благодаря использованию оптимизированной комплексной диагностики, профилактики и лечения острого периода сочетанной травмы, у исследуемых больных удалось снизить ближайшие осложнения на 10,2% (соответственно 28,5% и 38,7%), удельный вес лечебно-тактических ошибок на 25,3% (соответственно 50,3% и 75,6%), летальность почти на 3% (соответственно 8% и 10,7%) и койко-дни на 6,9% (соответственно 27,3% и 34,2%).

Выводы

1. В связи с особенностью географического расположения Республики Таджикистан, транспортных коммуникаций, расположения населенных пунктов, климатических условий, специфичностью строительства структура повреждений органов при сочетанных травмах имеет свои особенности.

2. Преобладание низкоскоростных магистралей и низкоэтажных домов приводит к менее калечащим повреждениям скелета и низкому удельному весу летальных исходов в остром периоде политравмы в сравнении с данными по Российской Федерации. В то же время более высокая летальность в отличие от некоторых стран Средней Азии обусловлена сложным рельефом дорог из-за преобладания горных массивов на территории Таджикистана.

3. Отсутствие доктрины оказания первичной медицинской помощи на догоспитальном этапе, преемственности с наличием травмоцентров 1-го и 2-го уровней в большинстве случаев является причиной высокого удельного веса травматического шока, объема кровопотери и других витальных нарушений. Позднее поступление пострадавших на фоне менее тяжелой травмы способствует пролонгированному развитию травматической болезни.

Тактика лечения больных в остром периоде на основе перманентного четырехэтапного хирургического лечения обеспечивает стабилизацию жизненно важных функций организма и раннюю функциональную реабилитацию данной группы больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюсов, П.Г. Запрограммированное многоэтапное хирургическое лечение при политравме // Хирургия. 2009. № 10. С. 42-46.
2. Басс М.Д., Бобылев М.К., Коршунов Д.В. Политравма в дорожно-транспортных происшествиях // Успехи современного естествознания. 2011. № 8. С. 92.
3. Всемирная организация здравоохранения, 2009. С. 142-145.
4. Минасов Б.Ш. и др. Коррекция анемии при множественных и сочетанных повреждениях опорно-двигательной системы // Международная юбилейная научно-практическая конференция, посвященная 200-летию со дня рождения Н.И.Пирогова. "Современные повреждения и их лечение". М., 2010. С. 136-137.
5. Пиров Т.А. Диагностика и лечение сочетанной травмы с нарушением функции мочевого пузыря : автореф дисс. ... канд. мед. наук. Душанбе, 2010. С. 29-36.
6. Самохвалов И.М. и др. Применение тактики многоэтапного лечения ("damagecontrol") в военно-полевой хирургии // Военно-медицинский журнал. 2011. Т. 332, № 9. С. 30-36.

Сироцов К.Х., Толибов Ш.М., Эшонов И.Б.

Хусусиятҳои минтақавии осеббардорӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон

Калимаҳои калидӣ: осеби пайваста, мархалаи аввал, остеосинтез.

Таҳлили таъхис ва табобати 300 беморони садамаи пайваста, муаян намуд, ки осеббардорӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон хусусиятҳои худро дорад. Афзалият доштани роҳҳои автомобилгарди камсуръат, биноҳои истиқомати камшӯна, боиси осебҳои начандон харобиовар ва камшавии фоизи фавт дар мархалаи аввали осебҳои пайваста мегардад, набудани механизми расонидани

куммаки аввалияи тиббӣ дар мархалаҳои то госпиталӣ, - пайдарпаии марказҳои ёрирасони осебшиносии 1-ум ва 2-ум дараҷа боиси ҷой доштани фоизи баланди садамаи осебӣ, хунталафшавии зиёд ва дигар оризаҳои мегардад.

Сироджов К.Х., Толибов Ш.М., Эшонов И.Б.

Региональные особенности травматизма в Республике Таджикистан

Ключевые слова: сочетанная травма, острый период политравмы, остеосинтез.

Анализируя результаты диагностики и лечения 300 больных с политравмой, выявлены специфические особенности травматизма в Республике Таджикистан. Преобладание низкоскоростных магистралей и низкоэтажных домов приводит к менее калечащим повреждениям скелета и низкому удельному весу летальных исходов в остром периоде политравмы, отсутствие доктрины оказания первичной медицинской помощи на догоспитальном этапе, преемственности с наличием травмоцентров 1-го и 2-го уровня в большинстве случаев является причиной высокого удельного веса травматического шока, объема кровопотери и других витальных нарушений.

Sirodzhov K.H., Tolibov Sh.M., Eshonov I.B.

Regional particularities of traumatism in the Republic of Tajikistan

Key words: combined trauma, sharp period of polytrauma, osteosynthesis.

Analyzing results of the diagnostics and treatments 300 patients with polytrauma, is revealed specific particularities traumatism in Republics Tajikistan. Prevalence the low high-speed highways and low floor at home lead less the heavy to damages of a skeleton and low relative density of lethal outcomes to the sharp period of a polytrauma, absence of the doctrine of rendering of primary medical aid at a pre-hospital stage, continuity with presence traumas of the centers 1st and 2nd level in most cases is the reason of high relative density of a traumatic shock, volume blood losses and others the vital infringements.