

### ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ТРАВМ ПРИ ДТП И МЕХАНИЗМЫ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ РКБ №1 ГИЖЕВСК

Маркова Е.В., Русанова Е.А.

*Ижевская государственная медицинская академия,  
Ижевск, Россия, lenago.94@mail.ru*

Россия занимает первое место среди стран Европы и Северной Америки по дорожно-транспортным происшествиям со смертельным исходом на 100 000 жителей и 6-е место при пересчете на 100 000 автомобилей. В структуре причин смертности за 2014 год по Удмуртской республике, транспортные несчастные случаи, составляют 14,5 на 100000 населения [2].

Экспертиза характера и механизма возникновения повреждений при автомобильной травме является актуальной и сложной проблемой судебной медицины и экспертной практики. Эта проблема приобретает особую актуальность в настоящее время в связи с резким увеличением количества автомобилей, изменением их конструктивных особенностей и возрастающим количеством случаев дорожно-транспортных происшествий с человеческими жертвами.

**Цель работы:** выявить структуру и частоту встречаемости травм, возникающих при дорожно-транспортных происшествиях, и их осложнений, оценить объём и необходимость хирургической помощи при данных патологиях у пациентов хирургического отделения РКБ.

**Задачи:** провести анализ пациентов, поступивших в хирургическое отделение в результате травм полученных при ДТП. Оценить тактику хирургического лечения, определить количество летальных исходов, а также выяснить механизмы формирования данной категории травм. Разработать методы первой помощи при ДТП.

**Материалы и методы:** проанализировано 100 историй болезни пациентов пострадавших в ДТП на территории Удмуртской республики, которые поступили в хирургическое отделение РКБ. В ходе исследования, было выяснено, что чаще всего пострадавшими в ДТП оказываются мужчины трудоспособного возраста от 21 до 30 лет (22%), в целом, мужчины страдают в авариях в 61%, а женщины - 39%.

Наиболее частыми являются закрытые травмы грудной клетки (36%), в них входят: переломы ребер (48%), ушибы легких (25%), ушибы грудной клетки (15%), другие травмы (12%). Закрытые травмы живота (18%), в структуре: разрывы печени (25%), разрывы селезенки (23%), ушибы передней брюшной стенки (11%), закрытые черепно-мозговые травмы (14%), из них: сотрясения головного мозга (58%), ушибы головного мозга (29%), переломы костей черепа (13%). Переломы нижних конечностей (12%): кости таза (70%), бедра (12%), голени и стопы (по 9%). Травмы позвоночника (7%): переломы (58%), ушибы (21%), субдуральные гематомы (7%), ротационные переломы (7%), закрытые спинномозговые травмы (7%). Переломы верхних конечностей (5%), ушибы нижних конечностей (4%), ушибы верхних конечностей (2%), открытые черепно-мозговые травмы (2%).

В ранениях, получаемых при ДТП, более или менее явно проявляется характер их нанесения (переезд, сжатие, столкновение) и особенности самих автомобилей, которые обычно движутся с высокой скоростью. Помимо того часто источниками травмирования являются элементы дороги.

В процессе наиболее тяжелых ДТП вначале деформируется кузов автомобиля, происходит первичный удар. Человек внутри автомобиля продолжает движе-

ние по инерции с прежней скоростью. При контакте с деталями транспортного средства – рулевым колесом, панелью приборов, ветровым стеклом и т.п., происходит вторичный удар. Параметры вторичного удара зависят от скорости и замедления перемещения тела человека, формы и механических свойств деталей, о которые он ударяется. При высоких скоростях возможен также третичный удар, т.е. удар внутренних органов человека (к примеру, мозговой массы, печени, сердца) о твердые части скелета.

В структуре осложнений преобладают: респираторный дистресс синдром (7,5%) - тяжелое состояние, характеризующееся явлениями острой дыхательной недостаточности, возникающей вследствие некардиогенного (не связанного с заболеваниями сердца) отека легких.

Под действием различных факторов (например, токсинов микроорганизмов, тяжелых травм грудной клетки, гемоперитонеум (7%) - внутрибрюшное кровотечение, приводящее к излитию свободной крови в брюшную полость, пневмоторакс (5%) - скопление воздуха или газов в плевральной полости, гемоторакс (5,5%) - внутриплевральное кровотечение, постгеморрагическая анемия (4%), геморрагический шок (5,5%), травматический шок (10%). Из числа больных с геморрагическим шоком в состоянии 1 степени тяжести 9%, 2 степени 9%, 3 степени 18%, 4 степени 64%. Из числа больных с травматическим шоком в состоянии 1 степени тяжести 20%, 2 степени 15%, 3 степени 35% и 4 степени 30%. Смертность составляет 0,7%.

Самыми частыми лечебными мероприятиями являются: медикаментозная терапия (20%), лапаротомия (16%), торакоцентез (11%) прокол грудной стенки с лечебной целью для удаления накопившегося экссудата или трансудата, дренирование плевральной полости (6%) - оперативное вмешательство, обеспечивающее отток воздуха, крови или гноя из плевральной полости наружу, дренирование брюшной полости (6%) - комплекс приемов, обеспечивающих беспрепятственный отток жидкости из брюшной полости.

**Заключение.** Таким образом, рост числа травм, полученных в результате ДТП, их осложнений и смертности, требует более внимательного изучения механизмов повреждений, с целью улучшения качества диагностики и лечения пациентов с данным видом патологии.

#### Список литературы

1. Решетин Е., Киселёва С. Статистика страха. Катастрофы // Журнал «Эксперт». 2001. №7 (267).
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2014 году.
3. Ардашкин А.П. Морфологические особенности, механизм и математическая диагностика травмы водителей и пассажиров внутри автомобилей. Дисс. канд. наук, Баку, 1987.
4. Сидоров Ю.С. Судебно-медицинская оценка повреждений водителей и пассажиров переднего сиденья легкового автомобиля при столкновениях. Дис. д.м.н. М. 1990.
5. Рябчинский. А.И. Механизм травмирования человека в автомобиле и биомеханика дорожно-транспортных происшествий; 1979.

### АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ

Салаватуллин А.В., Кузнецов С.Ф., Александров А.Ю.

*БУЗ УР «Первая республиканская клиника МЗ УР»,  
Ижевск, Россия, j-sav@mail.ru*

**Введение.** Острый аппендицит – острое неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание червеобразного отростка слепой кишки, требующее экстренного хирургического лечения.

Огромным опытом хирургов всего мира твердо установлено, что при остром аппендиците ранняя

операция является единственным рациональным методом лечения.

Доказано, что чем раньше удаляется воспаленный червеобразный отросток, тем лучше результаты оперативного лечения острого аппендицита. Известно, что среди госпитализированных в стационар в течение 6 часов с момента заболевания летальность не превышает 0,02%. У больных, поступивших между 6 и 24 часами, летальность возрастает в 4-5 раз. При поступлении после 24 часов летальность увеличивается в 50 раз по сравнению с летальностью у больных с острым аппендицитом, госпитализированных в течение 6 часов от момента возникновения приступа, составляет 1%.

Острый аппендицит является наиболее часто встречающимся заболеванием, с которым при оказании экстренной хирургической помощи хирург сталкивается в самой известной клинике и в неизвестной участковой больнице. По статистическим данным заболеваемость составляет 4 – 5 больных на 1000 населения. Наиболее высокая заболеваемость отмечается у подростков и у лиц трудоспособного возраста. Люди пожилого и старческого возраста болеют острым аппендицитом чаще, чем дети, но реже, чем лицам среднего возраста. Острый аппендицит оставляет около 30% хирургических вмешательств на органах брюшной полости и 80% неотложных операций.

Процент диагностических ошибок остается очень высоким и зачастую превосходит 20%, показатели послеоперационных осложнений традиционной операции при осложненном аппендиците достигают 30%, а летальность по данным литературы – 1%.

Наиболее распространенным и менее травматичным доступом для удаления червеобразного отростка является косой разрез Волковича-Дьяконова-Мак-Бурнея.

Этот разрез, длиной 6–10 см, проводят параллельно паховой связке, через точку Мак-Бурнея, расположенную между наружной и средней третью линии, соединяющей пупок с правой передней верхней остью подвздошной кости. Одна треть разреза должна располагаться выше, две трети — ниже указанной линии. Длина разреза должна быть достаточна, чтобы обеспечить широкий доступ. Чрезмерное растягивание раны крючками травмирует ткани и способствует нагноению.

Также применяется параректальный доступ Ленандера. Разрез проводят вертикально на 1 см кнутри от наружного края правой прямой мышцы живота с таким расчетом, чтобы середина разреза соответствовала *linea biliasa*. После рассечения передней стенки влагалища прямой мышцы последнюю тупо выделяют и крючком оттягивают влево. Затем рассекают заднюю стенку влагалища прямой мышцы вместе с брюшиной. При выполнении этого разреза следует избегать ранения межреберных нервов и подвздошно-подчревного нерва. Если в нижнем углу раны обнажаются нижние надчревные сосуды, то их необходимо перевязать.

Реже используют поперечный доступ Шпренгеля. Преимуществом данного доступа является возможность сохранения сосудисто-нервных структур передней брюшной стенки.

С развитием научно-технического прогресса на сегодняшний день почти повсеместно методом выбора в диагностике и лечении экстренной абдоминальной патологии является диагностическая лапароскопия и эндохирургия. Лапароскопический доступ обеспечивает точную диагностику, возможность полноценной ревизии брюшной полости, а также минимальную травматичность операций; снизить количе-

ство послеоперационных осложнений и потребность в анальгезии, сократить время пребывания больных в стационаре и, тем самым, снизить стоимость лечения. Тем не менее, несмотря на огромный опыт, накопленный в этой области остается еще множество нерешенных вопросов, таких как: уменьшение количества гнойных послеоперационных осложнений, показания и противопоказания к лапароскопической аппендэктомии, способы оптимальной обработки культи аппендикса и др.

**Цель.** По данным литературы и материалам хирургического отделения БУЗ УР "Первая республиканская клиническая больница МЗ УР" изучить зависимость исходов острого аппендицита и его осложнений от своевременности и методов хирургического лечения.

**Материалы и методы.** Проводился ретроспективный статистический анализ истории болезни пациентов в возрасте от 15 до 79 лет, оперированных в хирургическом отделении БУЗ УР "Первая республиканская клиническая больница МЗ УР" по поводу острого аппендицита.

**Результат.** В ходе исследований выявлено за 2014 г. в хирургическом отделении поступило 56 пациентов с диагнозом острый аппендицит.

Из них: 37-флегмонозный аппендицит; 7-катаральный аппендицит;

9-гангренозный аппендицит; 3- гангренозно-перфоративный аппендицит. Проведено 52 аппендэктомий доступом Волковича-Дьяконова-Мак-Бурнея,

1 ретроградная аппендэктомия, 3-срединная лапаротомия с санацией брюшной полости и удалением аппендикса.

За 2015 г. в хирургическом отделении поступило 46 пациентов с диагнозом острый аппендицит.

Из них: 35-флегмонозный аппендицит; 3-катаральный аппендицит;

4-гангренозный аппендицит; 4- гангренозно-перфоративный аппендицит, Проведено 41 аппендэктомий доступом Волковича-Дьяконова-Мак-Бурнея;

4-срединная лапаротомия с санацией брюшной полости и удалением аппендикса; 1- лапароскопическая аппендэктомия.

**Вывод.** В ходе исследований выявлено, что оказание экстренно хирургической помощи в первые 6 часов после возникновения острого аппендицита, сводит к минимуму возникновение осложнений. За 2014 г. составляет 5,3 % осложнений, а за 2015 г. – 8,6%.

Низкий процент осложнений острого аппендицита зависит, в первую очередь, от своевременной обращаемости за медицинской помощью и ранней диагностики. Метод хирургического лечения, практически, не влияет на исход заболевания и возникновение его осложнений.

#### **ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА. КРОВОТЕЧЕНИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА.**

Сергеева Т.Ю., Закирова Р.И.

*ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», кафедра факультетской хирургии, Ижевск, Россия, tanya.1993@bk.ru*

**Цель:** Изучить особенности и распространенность кровотечений в зависимости от заболевания толстого кишечника на территории УР по материалам колопроктологического отделения 1 РКБ.

**Задачи:** 1) Проанализировать результаты лечения пациентов с заболеваниями толстого кишечника, сопровождающимися кровотечением; 2) Провести расчеты, которые покажут частоту встречаемости того