

ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТОГЕНЕЗА ПРИ КАТАТРАВМЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Гаврилик Б.Л., Ходоронок Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Введение. Последние десятилетия травмы становятся серьезной проблемой общества. В экономически развитых странах травматизм выходит на первое место, являясь причиной смерти, а также временной и стойкой нетрудоспособности у лиц моложе 40 лет [1]. Отмечается неуклонный рост тяжелой сочетанной травмы среди детского населения, что связано в первую очередь с дорожно-транспортными происшествиями, а также с повреждениями, возникающими при падении с высоты [2]. Ежегодно в Беларуси получают травмы около 150 тысяч детей и подростков в возрасте до 18 лет [4], что подчеркивает высокую актуальность данной проблемы.

Цель – определить структуру, оптимальные методы диагностики, основные принципы лечения повреждений, возникающих при падении с высоты у детей и подростков.

Материал и методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезней 14 пострадавших в результате кататравмы, находившихся на лечении в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» с 2000 по 2013 гг. включительно.

Результаты и их обсуждение. При ретроспективном анализе историй болезни среди пострадавших преобладали девочки – 11 (78,6%), мальчиков было 3 (21,4%). В возрасте от 10 до 12 лет было 2 (14,3%) детей, погибших среди них нет, от 13 до 15 – 2 (14,3%), погиб 1 (50,0%), от 16 до 18 лет – 10 (71,4%), погибли 7 (70,0%). Минимальная высота падения составила 3 метра, максимальная – 24 метра. В группе упавших с высоты от 3 до 9 метров было 3 (21,4%) ребенка, погиб 1 (33,3%), от 10 до 15 метров – 8 (57,2%), погибших 3 (37,5%) и от 16 до 24 метров – 3 (21,4%) пострадавших, умерли 3 (100,0%). Бытовой характер травмы наблюдался в 10 (71,4%) случаях. С суицидальной целью падение с высоты выбрали 4 (28,6%) подростка в возрасте от 17 до 18 лет, в 3 (75,0%) случаях суицидальная попытка окончилась суицидом. В состоянии алкогольного опьянения находились 3 (21,4%) пострадавших. В течение «золотого» часа после получения травмы в стационар было доставлено 10 (71,4%) детей, погибли 5 (50,0%). В срок до 2 часов поступили в стационар 3 (21,4%) пострадавших, погибших 2 (66,7%) и в течение 24 часов от получения травмы – 1 (7,2%), он остался жив. Средний койко-день для выживших составил в среднем 28,5 дней, для погибших – 14,7 дней. Для оценки степени тяжести состояния пострадавших использовался шоковый индекс Альговери: шок I степени наблюдался у 3 (21,4%) пациентов, все они выжили, шок II степени был диагностирован у 4 (28,6%), погибло 2 (50,0%) и шок III степени был выставлен 7 (50,0%) пострадавших, из них умерли 6 (85,7%). С учетом

ведущего повреждения по классификации Соколова А.В. [3], IV группу (сочетанная травма органов живота и забрюшинного пространства) составили 5 (35,7%), погибли 5 (100,0%), V группу (сочетанная травма опорно-двигательного аппарата) – 4 (28,6%) ребенка, погибших среди них не было, VI группу (сочетанная травма двух и более областей) – 3 (21,4%), умерли 3 (100,0%) и VII группу (сочетанная травма без ведущего повреждения) составили 2 (14,3%), погибших не было. Для диагностики полученных повреждений УЗИ использовалось в 8 (57,2%) случаях, КТ, МРТ – 5 (35,7%), рентгенологические исследования – 5 (35,7%), диагностическая лапароскопия – 5 (35,7%). Из всех пациентов IV и VI групп, согласно вышеизложенной классификации Соколова А.В., у 6 пострадавших были выполнены следующие операции: спленэктомия с одновременным ушиванием брыжейки тонкой кишки у одного, спленэктомия и ушивание разрыва печени у четырех, ушивание разрыва печени и яичника у одного. У детей с повреждениями опорно-двигательного аппарата применялись как консервативные, так и оперативные методы лечения: скелетное вытяжение использовалось у 2 пострадавших, гипсовая иммобилизация поврежденной конечности у 3, внеочаговый компрессионный остеосинтез аппаратом Илизарова у 1, остеосинтез металлическими винтами и пластинами у 2 пациентов. Из всех пострадавших в результате кататравмы погибли 8 (57,2%) детей.

Выводы. Согласно нашим данным, исход кататравмы напрямую зависит от высоты падения и характера ведущего повреждения. Почти каждый третий из пострадавших выбрал падение с высоты как способ суицида. Для диагностики возникающих при кататравме повреждений широко использовались высокоинформативные, малотравматичные современные методы: УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопия, что особо важно в детской хирургии.

Литература:

1. Габдулхаков, Р.М. Эпидемиология тяжелой сочетанной травмы в мегаполисе / Р.М. Габдулхаков, М.В. Тимербулатов, Р.Г. Гараев, Н.Х. Хафизов // Гений ортопедии. – 2009. – № 4. – С. 95 – 98.
2. Попов, В.Л. Влияние обстоятельств получения повреждений на характер смертельной сочетанной травмы у детей / В.Л. Попов, В.М. Караваев // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2012. – т. XIX. – № 2. – С. 47 – 50.
3. Соколов, А.В. Множественные и сочетанные травмы / А.В. Соколов. – Москва : ГЕОТАР Медиа, 2006. – 512 с.
4. Турчук, Н.М. Детский травматизм и его основные причины / Н.М. Турчук, М.В. Гордей // Актуальные вопросы современной медицины и фармации : материалы 64-й итоговой научно-практической конференции студентов и молодых ученых, Витебск, 17–18 апр. 2012 г. / Вит. гос. мед. Ун-т; редкол.: С.А. Сушков (председ.) [и др.]. – Витебск, 2012. – С. 554–555.