

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОЛИТРАВМОЙ

А.А. САЙПИЕВ, А.С. САЙПИЕВ, П.К. ХУДАЙБЕРДИЕВ, Ф.М. МАХСУДОВ, Н.О. СУВОНОВ

Навоийский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

PRINCIPLES OF PROVIDING SPECIALIZED AID TO VICTIMS WITH POLYTRAUMA

A.A. SAYPIEV, A.S. SAYPIEV, P.K. KHUDAIBERDIEV, F.M. MAKHSUDOV, N.O. SUVONOV

Navoi Branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine

Цель. Изучить принципы оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с политравмой на примере Навоийского филиала РНЦЭМП.

Пациенты. В течение 2004–2021 гг. через приемно-диагностическое отделение Навоийского филиала РНЦЭМП обратились 166937 пострадавших с различными травмами конечностей, из них 31035 пострадавших были госпитализированы. Число больных с тяжелой политравмой составило 2057 больных.

Результаты. Остеосинтез костей таза выполнен в 68 случаях; бедренной кости – в 204; костей голени – в 238; плечевой кости – в 136; костей предплечья – в 119; костей кисти и стопы – в 117; операции на головном мозге и позвоночнике – в 221; операции на двух и более сегментах – в 170. Летальный исход в ближайшие сроки после госпитализации (в приемном отделении, отделении анестезиологии и реанимации) отмечены у 253 (12,3%) больных.

Заключение. Применение современных методов остеосинтеза, таких как блокирующий интрамедуллярный остеосинтез при диафизарных переломах трубчатых костей, эндопротезирование тазобедренного сустава при медиальных переломах проксимального отдела бедренной кости, у больных с политравмой способствует ранней активизации больных, получению положительных и удовлетворительных результатов лечения и сокращению сроков стационарного лечения.

Ключевые слова: политравма, дорожно-транспортные происшествия (ДТП), блокирующий интрамедуллярный остеосинтез, эндопротезирование, чрескостный остеосинтез.

Aim. To study the principles of providing specialized medical care to victims with polytrauma on the example of the Navoi branch of the RRCEM.

Patients. During 2004–2021 166,937 victims with various injuries of the limbs applied through the admission and diagnostic department of the Navoi branch of the RRCEM, of which 31,035 victims were hospitalized. The number of patients with severe polytrauma was 2057 patients.

Results. Osteosynthesis of the pelvic bones was performed in 68 cases; femur – in 204; lower leg bones – in 238; humerus – in 136; bones of the forearm – in 119; bones of the hand and foot – in 117; operations on the brain and spine – in 221; operations on two or more segments – in 170 patients. Death in the short term after hospitalization (in the emergency department, department of anesthesiology and resuscitation) was noted in 253 (12.3%) patients.

Conclusion. The use of modern methods of osteosynthesis, such as blocking intramedullary osteosynthesis for diaphyseal fractures of tubular bones, hip arthroplasty for medial fractures of the proximal femur, in patients with polytrauma contributes to early activation of patients, obtaining positive and satisfactory treatment results and reducing the duration of inpatient treatment.

Keywords: polytrauma, road traffic accidents, blocking intramedullary osteosynthesis, endoprosthetics, transosseous osteosynthesis.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss6/a4

Неотложные ситуации, сопровождающиеся дорожно-транспортными происшествиями, взрывами, разрушениями, с высоким риском термомеханических повреждений, являются причиной появления пораженных с политравмой, более половины которых находятся в тяжелом состоянии [1].

Навоийская область является одной из территорий с высокой концентрацией факторов риска чрезвычайных ситуаций данного характера. Это производства, ис-

пользующие углеводороды и другие легко воспламеняющиеся и детонирующие вещества, продуктопроводы, транспортные магистрали. Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) являются нескончаемым источником пораженных с политравмой. В среднем по Навоийской области их количество достигает 355 случаев в год. В промышленно развитых странах травма является основной причиной смерти людей в возрасте до 40 лет. В возрастной группе от 1 года до 34 лет травма оказывается ос-

новной причиной смерти, а среди подростков и юношей этот показатель составляет 80% [3, 4]. Сочетанные механические травмы являются одной из ведущих причин смертности населения Республики Узбекистан в возрасте 29–44 лет. Особое место занимают дорожно-транспортные происшествия, летальность при которых составляет в среднем 59% [1, 2, 8]. Пострадавшие тяжелой политравмой представляют особую категорию пациентов с тяжелыми и сложными повреждениями опорно-двигательного аппарата.

Основными причинами летальных исходов в первые часы после тяжелой политравмы являются шок и острая массивная кровопотеря, в более позднее время – тяжелые мозговые расстройства и сопутствующие осложнения [5, 6]. В ряду ранних осложнений при политравме на первое место выступают осложнения со стороны свертывающей системы крови [4, 7]. Частота возникновения тромбозов глубоких вен нижних конечностей, по данным литературы, составляет 60–80%, тромбоэмболия легочной артерии отмечена в 2–10% случаев [4, 9]. Другим тяжелым осложнением множественных переломов костей конечностей, а также сочетанных повреждений является развитие синдрома жировой эмболии, по частоте не уступающего венозным тромбоэмболическим осложнениям. Среди поздних осложнений множественных повреждений костей скелета, нередко приводящих к стойкой утрате трудоспособности и снижению качества жизни, необходимо отметить замедленную консолидацию переломов, формирование ложных суставов, развитие стойких контрактур и деформирующих артрозов суставов конечностей. Выход на инвалидность достигает 25–45% [5, 8]. Возникновение важного самостоятельного функционального компонента – синдрома взаимного отягощения повреждений при сочетанной травме, значительно увеличивает общую тяжесть повреждений, обусловливая неизбежность летального исхода [6, 7, 10].

Лечение переломов костей конечностей при тяжелой политравме представляет одну из наиболее актуальных проблем современной травматологии и ортопедии. Оперативное лечение в настоящее время является основным при множественных переломах костей конечностей и сочетаниях переломов с тяжелой черепно-мозговой травмой и повреждениями внутренних органов. В последние десятилетия наибольшую актуальность приобретает концепция организации лечебного процесса и оказания высококвалифицированной помощи пациентам с тяжелой политравмой, с учетом принципа *damage control* (контроля повреждения), при их поступлении в приемное отделение специализированных стационаров многопрофильных клиник [5, 11].

Цель. Изучить принципы оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с политравмой.

Материал и методы

В течение 2004–2021 гг. через приемно-диагностическое отделение Навоийского филиала РНЦЭМП проходили до 166937 пострадавших с различными травмами конечностей, из них 31035 пострадавших, нуждающихся в госпитализации по экстренным показаниям. В том числе количество пострадавших с тяжелой политравмой составило 2057 больных. Все пациенты с тяжелой политравмой были доставлены в приемное отделение Центра с явлениями травматического шока, нередко в коматозном состоянии. В указанный период из числа доставленных больных с по-

литравмой 986 пострадавших в результате дорожно-транспортного происшествия, 255 пострадавших в результате производственной травмы, в 306 случаях криминального характера, 510 пострадавших – с травмой бытового характера (в частности кататравмы). Из числа пострадавших с политравмой по полу: мужчины – 1255 случаев, женщины – 802 случая; средний возраст госпитализированных больных составил 37 лет; проведенных операций – 1103, из них на конечностях – 882; средний срок пребывания в стационаре 10,6; летальность 12,3%.

По сегментам: переломы костей таза – 340; переломы бедренной кости – 272; переломы костей голени – 391; переломы плечевой кости – 391; переломы предплечья – 357; переломы костей кисти и стопы – 306; из них переломы двух и более сегментов – 425; из числа пострадавших с политравмой около 80% сочетались с черепно-мозговыми травмами и травмами позвоночника.

Оказание экстренной помощи пострадавшим проводится в условиях шоковой палаты приемно-диагностического отделения. Нами определены основные направления и этапы лечебно-диагностических мероприятий у пациентов с тяжелой политравмой при их поступлении в приемно-диагностическое отделение Центра: точность и своевременность диагностики всех видов повреждений, включая полноценное клинико-рентгенологическое исследование; своевременность и адекватность оказания специализированной, в том числе высококвалифицированной помощи, выбор метода лечения, способа репозиции и фиксации переломов; своевременность и правильность выполнения лечебных манипуляций и оперативных пособий; преемственность в лечении пациентов (принцип *damage control*).

При переломах костей конечностей в сочетании с повреждениями внутренних органов, интракраниальными гематомами оперативные вмешательства по экстренным показаниям выполняются двумя и более операционными бригадами. Оперативная репозиция и стабилизация переломов является важнейшим компонентом противошоковой терапии и профилактикой осложнений травматической болезни.

На первом этапе лечения одновременно с противошоковой терапией выполняются оперативные вмешательства на жизненно важных органах (удаление внутричерепных гематом, остановка внешнего и внутреннего кровотечения). Оперативные вмешательства при переломах костей конечностей выполняются в отсроченном порядке после выведения пострадавших из состояния тяжелого шока и нормализации основных физиологических показателей. Попытка оперативной репозиции переломов костей конечностей у пациентов с тяжелой политравмой, находящихся в критическом состоянии, может привести к усугублению шока с возможным летальным исходом. На данном этапе лечения необходимо ограничиться полноценной иммобилизацией (шинированием) поврежденных конечностей.

При тяжелых монолокальных и множественных переломах костей конечностей без угрозы кровотечений оперативные вмешательства выполняются после выведения пострадавших из шока и стабилизации артериального давления. Оперативная репозиция переломов и стабилизация отломков костей является важнейшим мероприятием, направленным на устранение шокогенных очагов и профилактику возможного развития синдрома жировой эмболии и нарушений со стороны свертывающей системы крови. При открытых переломах по экстренным показаниям производится первичная хирургическая обработка, чрескостный

остеосинтез под визуальным контролем. При закрытых переломах костей конечностей оперативные вмешательства выполняются как остеосинтез с блокирующими штифтами, различными блокирующими пластинами.

Результаты и обсуждение

Нами успешно применяются клинически и биомеханически обоснованные компоновки фиксации на основе метода блокирующего интрамедулярного остеосинтеза, а также другие методики оперативного лечения при переломах трубчатых костей. Одномоментная закрытая репозиция на операционном ортопедическом столе достигается в минимальные сроки. Обезболивание – наркоз или центральная сегментарная блокада в зависимости от вида повреждений. При около- и внутрисуставных переломах, как правило, применяются различные специальные пластины, обеспечивающие стабильный остеосинтез. При медиальных переломах шейки бедренной кости проводится эндо-протезирование тазобедренного сустава. Это способствует началу ранних активных движений в суставах и ранней нагрузке поврежденных конечностей, что является профилактикой возможного развития стойких контрактур суставов и условием восстановления функции поврежденных конечностей, а также улучшению самообслуживания.

В течение исследуемого периода нами были проведены операции на конечностях следующим образом: остеосинтез костей таза – 68; остеосинтез бедренной кости – 204; остеосинтез костей голени – 238; остеосинтез плечевой кости – 136; остеосинтез костей предплечья – 119; остеосинтез костей кисти и стопы – 117; операции на головном мозге и позвоночнике – 221; операции на двух и более сегментах – 170. Из них операции на конечностях с применением высокотехнологичного оборудования – 153; средний срок пребывания больных в стационаре при высокотехнологичных операциях составил 9,2.

Клинический пример 1. Больной А., 1992 г.р., и/б № 2447, доставлен по линии скорой медицинской помощи 03.03.2021 г. Травма в результате ДТП. При поступлении состояние оценено как тяжелое. Обследован дежурной бригадой в составе врачей-травматологов, нейрохирурга, хирурга, реаниматолога в условиях шоковой палаты приемного отделения. Д-з: Сочетанная травма. Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Закрытый оскольчатый перелом левой плечевой кости (рис. 1 а). Открытый перелом диафиза левой локтевой кости, закрытый перелом дистального эпиметафиза левой лучевой кости со смещением. Невропатия лучевого нерва слева. Травматический шок I-II ст.

При поступлении начаты комплексно-реанимационные и противошоковые мероприятия. Клинико-рентгенологическое обследование на фоне реанимационной терапии. Поврежденные конечности шинированы. После проведения первичных реанимационно-диагностических мероприятий пациент госпитализирован в отделение реанимации. По нормализации общего состояния и основных клинико-лабораторных показателей 04.03.2021 г. переведен в отделение сочетанных и осложненных травм. После всестороннего обследования произведены операции: 06.03.2021 г. – открытая репозиция и остеосинтез штифтом с блокированием левой плечевой кости (рис. 1 б); экстрамедулярный остеосинтез правой локтевой кости и внутрисуставного перелома дистального эпиметафиза правой лучевой кости. Репозиции достигнуты на операционном столе. Выписан с улучшением 17.03.2021 г.

Клинический пример 2. Больной А., 1977 г.р., и/б № 7866, доставлен бригадой скорой медицинской помощи с места травмы (в результате падения с высоты) 09.08.2021 г. При поступлении состояние оценено как тяжелое. Обследован дежурной бригадой в составе врачей-травматологов, нейрохирурга, хирурга, реаниматолога в условиях шоковой палаты приемного отделения. Д-з: Сочетанная травма. Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Закрытый оскольчатый перелом проксимального метадиафиза и нижней трети диафиза правой большеберцовой кости (рис. 2 а). Ушибленно-ранная рана передней поверхности левого коленного сустава. Травматический шок I-II ст.

При поступлении начаты комплексно-реанимационные и противошоковые мероприятия. Клинико-рентгенологическое обследование на фоне реанимационной терапии. Поврежденные конечности шинированы. После проведения первичных реанимационно-диагностических мероприятий пациент госпитализирован в отделение реанимации. По нормализации общего состояния и основных клинико-лабораторных показателей 10.08.2021 г. переведен в отделение сочетанных и осложненных травм. После всестороннего обследования произведена операция: 11.08.2021 г. – Блокирующий интрамедулярный остеосинтез правой большеберцовой кости (рис. 2 б). Репозиция достигнута на операционном столе. Выписан с улучшением 20.08.2021 г.

Клинический пример 3. Больной М., 1963 г.р., и/б № 10258, доставлен по линии скорой медицинской помощи 03.08.2019 г. Травма в результате ДТП. При поступлении состояние оценено как тяжелое. Обследован дежурной бригадой в составе врачей-травматологов, нейрохирурга, хирурга, реаниматолога в условиях шоковой палаты приемного отделения. Д-з: Сочетанная травма. Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Закрытый перелом шейки левой бедренной кости (рис. 3 а). Закрытый перелом дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением. Ушиб, дисторсия правого коленного сустава. Травматический шок I-II ст.

При поступлении начаты реанимационные мероприятия. Клинико-рентгенологическое обследование на фоне реанимационной терапии. Поврежденные конечности шинированы. После проведения первичных реанимационно-диагностических мероприятий пациент госпитализирован в отделение реанимации. По нормализации общего состояния и основных клинико-лабораторных показателей 04.08.2019 г. переведен в отделение сочетанных и осложненных травм. После всестороннего обследования произведена операция: 10.08.2019 г. – Тотальное эндо-протезирование левого тазобедренного сустава (рис. 3 б). Закрытая репозиция перелома дистального эпиметафиза правой лучевой кости. Выписан с улучшением 19.08.2019 г.

Оценены ближайшие исходы специализированного лечения у 2057 пациентов с тяжелой политравмой костей конечностей, доставленных в приемно-диагностическое отделение Навоийского филиала РНЦЭМП за период 2004-2021 гг. Летальные исходы в ближайшие сроки после госпитализации (в приемном отделении, отделении анестезиологии и реанимации) отмечены у 253. Это были пострадавшие, доставленные в приемное отделение в крайне тяжелом, в ряде случаев терминальном, состоянии, получившие травмы в результате падения с большой высоты, дорожно-транспортных происшествий. Всем пострадавшим была оказана специализированная и высококвалифицированная помощь по стандартам экстренной медицин-



Рис. 1. Рентгенограмма левой плечевой кости до (а) и после (б) остеосинтеза



Рис. 2. Рентгенограмма правой большеберцовой кости до (а) и после (б) остеосинтеза

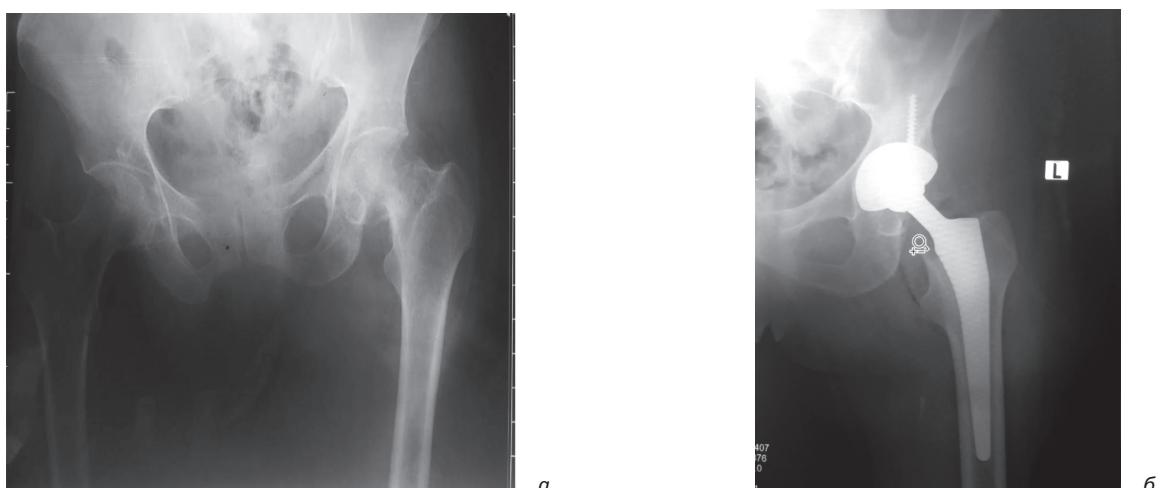


Рис. 3. Тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава:
а) до операции, б) после протезирования.

ской помощи (по приказу Минздрава №485 от 24.12.2014 года и на основании клинических протоколов по оказанию экстренной медицинской помощи). В зависимости от вида повреждений, тяжести общего состояния пациентов, им были выполнены оперативные вмешательства по экстренным или неотложным (в отсроченном порядке ввиду крайне тяжелого состояния после проведения комплексной противошоковой терапии) показаниям. У всех пролеченных пациентов с политравмой на момент выписки отмечены положительные результаты лечения.

Выводы

Алгоритм оказания специализированной, в том числе высококвалифицированной помощи пострадавшим с тяжелой политравмой должен определяться с учетом вида и тяжести повреждений, тяжести общего состояния пострадавших, а также в зависимости от степени травматического шока.

Лечебно-диагностические мероприятия должны проводиться по экстренным или неотложным показаниям на фоне комплексной противошоковой терапии. При переломах костей конечностей в сочетании с интракраниальными гематомами, закрытой травмой груди и живота с угрожающим внутренним кровотечением в первую очередь необходима эвакуация гематомы с устранением сдавливания головного мозга, остановка внутреннего кровотечения наиболее щадящими методами. После остановки внутрибрюшного кровотечения при тяжелой травме внутренних органов возможно проведение повторных восстановительных оперативных вмешательств на органах брюшной полости после купирования явлений травматического шока (принцип *damage control*).

При явлениях тяжелого травматического шока с угрозой жизни пострадавших оперативные вмешательства на поврежденных конечностях должны проводиться по неотложным показаниям в отсроченном порядке после выведения из шока и нормализации основных клинико-лабораторных показателей. В данных случаях полноценная иммобилизация осуществляется шинами или гипсовыми повязками травмированных конечностей.

Полноценная иммобилизация также является надежным противошоковым мероприятием, способствующим профилактике возможного развития осложнений травматической болезни. При отрывах и размозжениях конечностей на первом этапе противошоковой терапии производится временная остановка наружного кровотечения путем наложения жгута или кровоостанавливающего зажима. Операция первичная хирургическая обработка с формированием культи конечности по экстренным показаниям проводится после полного выведения пострадавшего из шока.

При тяжелых, в том числе множественных переломах костей таза и конечностей без угрозы кровотечений оперативная репозиция и стабилизация переломов производится по неотложным показаниям также после купирования явлений травматического шока, нормализации основных клинико-лабораторных показателей. При этом репозиция и стабилизация костных фрагментов является важнейшим мероприятием, направленным на устранение шокогенных очагов и профилактику возможного развития осложнений со стороны нарушенной реологии и свертывающей системы крови (синдрома жировой эмболии, венозных флеботромбозов).

Наиболее оправданными и современными конструкциями для оперативного лечения пациентов при фрагментарных переломах трубчатых костей является интрамедуляр-

ные штифты с блокированием, а также при внутрисуставных переломах блокирующие пластины и эндопротезирование с целью скорейшего восстановления функции поврежденных сегментов опорно-двигательного аппарата и для улучшения самообслуживания.

Литература

- Хаджибаев А.М., Султанов П.К. Алгоритм хирургического лечения при сочетанной кататравме. Методические рекомендации, Ташкент. 2016; 38 [Khadjibaev A.M., Sultanov P.K. Algoritm khirurgicheskogo lecheniya pri sochetannoy katatravme. Metodicheskie rekomendatsii, Tashkent. 2016;38. In Russian].
- Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю., Муминов Ш.М. Клинико-диагностические и лечебные аспекты при оказании помощи пострадавшим с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями нижних конечностей при политравме. Методические рекомендации. Ташкент. 2020:42 [Khadjibaev A.M., Valiev E.Yu., Muminov Sh.M. Kliniko-diagnosticheskie i lechebnye aspekty pri okazanii pomoshchi postradavshim s sochetannymi kostno-sosudistymi povrezhdeniyami nizhnikh konechnostey pri politravme. Metodicheskie rekomendatsii. Tashkent. 2020; 42. In Russian].
- Хаджибаев А.М., Султанов П.К. Взаимное отягощение повреждений при сочетанных кататравмах. Медицинский журнал Узбекистана. Ташкент 2015; 5:5-10 [Khadjibaev A.M., Sultanov P.K. Vzaimnoe otyagoshchenie povrezhdeniy pri sochetannikh katatravmakh. Meditsinskiy zhurnal Uzbekistana. Tashkent 2015; 5:5-10 In Russian].
- Хаджибаев А.М., Султанов П.К. Кататравма. Проблемы и перспективы. Вестник экстренной медицины. Ташкент. 2013; (6):4:83-88 [Khadjibaev A.M., Sultanov P.K. Katatravma. Problemy i perspektivy. Vestnik ekstrennoy meditsiny. Tashkent. 2013; (6):4:83-88. In Russian].
- Хаджибаев А.М. и др. Руководство по оказанию экстренной медицинской помощи (клинические протоколы). Ташкент. 2018; 1:565 [Khadjibaev A.M. i dr. Rukovodstvo po okazaniyu ekstrennoy meditsinskoy pomoshchi (klinicheskie protokoly). Tashkent. 2018; 1:565. In Russian].
- Валиев Э.Ю. Хирургическое лечение больных с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями нижних конечностей (обзор литературы). Вестник экстренной медицины. Ташкент. 2018; (10):4:84-89 [Valiev E.Yu. Khirurgicheskoe lechenie bol'nykh s sochetannymi kostno-sosudistymi povrezhdeniyami nizhnikh konechnostey (obzor literatury). Vestnik ekstrennoy meditsiny. Tashkent. 2018; (10):4:84-89. In Russian].
- Валиев Э.Ю. Оптимизация лечебно-диагностического процесса сочетанных повреждений опорно-двигательного аппарата (клинико-экспериментальное исследование). диссер. док. мед. наук. Ташкент. 2009; 275 [Valiev E.Yu. Optimizatsiya lechebno-diagnosticheskogo protsessa sochetannikh povrezhdeniy oporno-dvigatel'nogo apparata (kliniko-eksperimental'noe issledovanie). disser. dok. med. nauk. Tashkent. 2009; 275. In Russian]
- Корж А.А. Принципы этапного лечения открытых переломов. Ортопедия, травматология и протезирование. Москва. 2007; 2:73-47 [Valiev E.Yu. Optimizatsiya lechebno-diagnosticheskogo protsessa sochetannikh povrezhdeniy oporno-dvigatel'nogo

- apparata (kliniko-eksperimental'noe issledovanie). disser. dok.med.nauk. Tashkent. 2009; 275. In Russian].
9. Пронских А.А. Тактика лечения повреждений опорно-двигательной системы у больных с политравмой. Политравма. Москва. 2006; 1:43–47 [Pronskikh A.A. Taktika lecheniya povrezhdeniy oporno-dvigatel'noy sistemy u bol'nykh s politravmoy. Politravma. Moskva. 2006; 1:43–47 In Russian].
 10. Чикин А.У. и др. Методика оценки готовности стационара к оказанию помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой. Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. Волгоград. 2011; 636 [Chikin A.U. i dr. Metodika otsenki gotovnosti statsionara k okazaniyu pomoshchi postradavshim s tyazheloy sochetannoy travmoy. Materialy XI s"ezda khirurgov Rossiyskoy Federatsii. Volgograd. 2011; 636. In Russian].
 11. Соколов В.А. Профилактика и лечение осложнений политравмы в постстреанимационном периоде. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. М. 2002; 1:78–84 [Sokolov V.A. Profilaktika i lechenie oslozhneniy politravmy v postreanimatsionnom pe-riode. Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova. M 2002; 1:78–84. In Russian].
 12. Соколов В.А. «Damage Control» – современная концепция лечения пострадавших с критической политравмой. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – М 2005; 1:81–84 [Sokolov V.A. «Damage Control» – sovremenennaya kontsepsiya lecheniya postradavshikh s kriticheskoy politravmoy. Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova. M 2005; 1:81–84. In Russian].
 13. Агаджанян В.В. Политравма: проблемы и практические вопросы. Политравма. М 2006; 1:5–8 [Agadzhanyan V.V. Politravma: problemy i prakticheskie voprosy. Politravma. M 2006; 1:5–8. In Russian].
 14. Гайко Г.В. Превентивная иммобилизация в системе лечения больных с политравмой. Политравма. М 2009; 2:5–12 [Gayko G.V. Preventivnaya immobilizatsiya v sisteme lecheniya bol'nykh s politravmoy. Politravma. M 2009; 2:5–12. In Russian].
 15. Гуманенко Е.К. Политравма. Актуальные проблемы и новые технологии в лечении. Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени. Материалы международной конференции. Санкт-Петербург. 2006; 4–14 [Gumanenko E.K. Politravma. Aktual'nye problemy i novye tekhnologii v lechenii. Novye tekhnologii v voenno-polevoy khirurgii i khirurgii povrezhdeniy mirnogo vremeni. Materialy mezhdunarodnoy konferentsii. Sankt-Peterburg. 2006; 4–14. In Russian].
 16. Багненко С.Ф. Организация и оказание скорой медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях. Санкт-Петербург. 2011; 393 [Bagnenko S.F. Organizatsiya i okazanie skoroy meditsinskoy pomoshchi postradavshim v dorozhno-transportnykh proisshestviyakh. Sankt-Peterburg. 2011; 393. In Russian].
 17. Гилев Я.К. Интрамедулярный остеосинтез штифтами с блокированием у больных с политравмой. Политравма. М 2009; 1:53–57 [Gilev Ya.K. Intramedullyarnyy osteosintez shtiftami s blokirovaniem u bol'nykh s politravmoy. Politravma. M 2009; 1:53–57. In Russian].

ПОЛИТРАВМА БИЛАН ШИКАСТЛАНИШЛАРДА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ЁРДАМ КҮРСАТИШ ТАМОЙИЛЛАРИ

А.А. САЙПИЕВ, А.С. САЙПИЕВ, П.К. ХУДОЙБЕРДИЕВ, Ф.М. МАҲСУДОВ, Н.О. СУВОНОВ

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Навоий филиали

Мақсад. РШТЁИМнинг Навоий филиали мисолида политравмали беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш тамойилларини ўрганиш.

Беморлар. 2004–2021 йилларда РШТЁИМ Навоий филиалининг қабул-диагностика бўлими орқали 166937 нафар шикастланганлар мучаларининг турли хил шикастланишлари билан мурожаат қилган бўлиб, улардан 31035 нафари шифохонага ётқизилган. Улардан 2057 нафари политравмали беморларни ташкил қилган.

Натижалар. Остеосинтез амалиётлари тос суюкларида 68 ҳолатда, сон суюкларида 204 нафарда, болдир суюкларида 238 bemорда, елка суюкларида 136 кишида, билак суюкларида 119 одамда, қўл ва оёқ панжаларида 117 ҳолатда, икки ва ундан ортиқ сегментларда 170 нафарда бажарилган. Бундан ташқари, бош мия ва умуртқа поғонасида 221 нафар bemорга операция ўтказилган.

Хулоса. Политравмали bemорларда найсимон суюкларнинг диафизар синишларида блокловчи интрамедуляр остеосинтез, сон суюгининг проксималь қисми синишларида тос-сон бўғимини эндопротезлаш каби замонавий остеосинтез усуулларини қўллаш шикастланганларни эрта фаоллаштиришга, даволаш натижаларини яхшилашга ва шифохонада даволаниш муддатларини қисқартиришга ёрдам беради.

Калим сўзлар: политравма, ўйл-транспорт ҳодисалари, блокловчи интрамедуляр остеосинтез, эндопротезлаш, компрессион-дистракцион остеосинтез.

Сведения об авторах:

Сайпиеев Азизбек Акбарович – заместитель директора по инновациям, травматолог-ортопед, врач отделения сочетанных и осложненных травм Навоийского филиала РНЦЭМП.

Тел.: +998-90-717-09-30, E-mail: med_s.a.a@mail.ru

Information about authors:

Saypiev Azizbek Akbarovich – Deputy Director for Innovation, traumatologist of the Department of combined and complicated injuries in Navoi branch of RRCEM.

Tel.: +998-90-717-09-30, E-mail: med_s.a.a@mail.ru

Сайпиев Акбар Сайпиевич – травматолог-ортопед, врач отделения сочетанных и осложнённых травм Навоийского филиала РНЦЭМП.

Тел.: +998-93-522-27-95

Худайбердиев Пайзулла Кубаевич – травматолог-ортопед, врач отделения сочетанных и осложнённых травм Навоийского филиала РНЦЭМП.

Тел.: +998-91-338-03-07

Махсудов Фаррух Махсудович – травматолог-ортопед, заведующий отделением сочетанных и осложнённых травм Навоийского филиала РНЦЭМП.

Тел.: +998-91-338-88-00

Сувонов Нодир Отамуродович – травматолог-ортопед, врач отделения сочетанных и осложнённых травм Навоийского филиала РНЦЭМП.

Тел.: +998-93-431-80-21

Поступила в редакцию: 26.05.2021

Saypiev Akbar Saypievich – traumatologist of the Department of combined and complicated injuries in Navoi branch of RRCEM.
Tel.: +998-93-522-27-95

Khudaiberdiev Payzulla Kubaevich – traumatologist of the Department of combined and complicated injuries in Navoi branch of RRCEM.

Tel.: +998-91-338-03-07

Makhsudov Farrukh Makhsudovich – Head of the Department of combined and complicated injuries in Navoi branch of RRCEM.
Tel.: +998-91-338-88-00

Suvonov Nodir Otamurodovich – traumatologist of the Department of combined and complicated injuries, Navoi branch of RRCEM.

Tel.: +998-93-431-80-21

Received: 26.05.2021