

DOI: 10.21802/artm.2021.4.20.60

УДК 616-001-031.14-089-085-099;612.396.22

ХАРАКТЕР І ЧАСТОТА РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІТРАВМОЮ НА ФОНІ ХРОНІЧНОЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

А.В. Омельченко-Селюкова, С.С. Дубівська, Ю.В. Волкова

*Харківський національний медичний університет, кафедра медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії, м. Харків, Україна,
ORCID ID: 0000-0001-5965-8526, e-mail: anna.omelcenkokh@gmail.com;
ORCID ID: 0000-0003-0367-6279, e-mail: dubovskaya@ukr.net;
ORCID ID: 0000-0001-8000-5802, e-mail: volkova@gmail.com*

Резюме. Мета. Виявити закономірності перебігу травматичної хвороби та характер ускладнень у пацієнтів з політравмою (ПТ) та хронічною алкогольною інтоксикацією (ХАІ).

Матеріали та методи. Проаналізовано медичну документацію 39 постраждалих з ПТ та вживанням алкоголю в анамнезі віком 19-60 років, які лікувались у відділенні ПТ та анестезіології на 12 ліжок для інтенсивної терапії хворих зі сполученою травмою КЗОЗ «ХМКЛШНМД ім. проф. О.І. Мещанінова».

Результати. Середній вік пацієнтів склав 37,4±9,4 роки, чоловіків було в 2,9 раза більше, ніж жінок. Серед інфекційних ускладнень ПТ у пацієнтів з ХАІ переважали пневмонії (28,2%), сепсис (7,6%). Неінфекційні ускладнення представлені делірієм – у 29 пацієнтів (74%), що збільшувало перебування хворих у відділенні інтенсивної терапії на 39,6±5,3 години. Із меншою частотою у хворих виникали тромбози, які спостерігались у 5 (12,8%) пацієнтів, синдром жирової емболії – 2 (5,1%).

Висновки. Найчастіше поєднані травми на фоні ХАІ отримують чоловіки молодого працездатного віку. Причиною травмування у понад 60% випадків є ДТП. 82% потерпілих знаходились у стані алкогольного сп'яніння під час госпіталізації. У середньому терміни перебування хворих цієї категорії у відділенні інтенсивної терапії складає 64,9±23,7 години, хоча при розвитку ускладнень ці строки збільшуються до 103,2±14,2 години. У пацієнтів з ХАІ спостерігається ускладнений перебіг травматичної хвороби. Найбільш поширеними ускладненнями ПТ на фоні ХАІ є: пневмонія, сепсис та перитоніт, делірій, тромбози, синдром жирової емболії. У пацієнтів з делірієм ризик розвитку летального кінця у 6,25 раза вищий, ніж у пацієнтів без гострої енцефалопатії.

Ключові слова: політравма, травматична хвороба, хронічна алкогольна інтоксикація, делірій, стан відміни алкоголю.

Вступ. У світі кожні п'ять секунд внаслідок будь-яких пошкоджень гине одна людина. Щорічно травми забирають до 6 мільйонів людських життів, що перевищує загальну кількість смертей від малярії, туберкульозу і ВІЛ / СНІД [1]. Високі темпи науково-технічного прогресу на виробництві та в транспортній галузі в останні десятиліття призвели до формування більш складних травм, зміни їх структури в бік зростання питомої ваги множинних і поєднаних пошкоджень до 36% у структурі загального травматизму [2]. Середній вік пацієнтів з політравмою складає 38,5 років [3]. За даними різних авторів, від 25% до 85% пацієнтів перебувають у стані алкогольної інтоксикації під час госпіталізації до відділення травматології та політравми, а 15–20% страждають на хронічний алкоголізм [4-7]. Тяжкі симптоми стану відміни виникають у 36–67% пацієнтів з травмою, а делірій діагностують у 20% таких постраждалих [7-9]. Крім того, відомо, що алкогольна інтоксикація погіршує регенеративні процеси при травмах, впливає на систему гемостазу (навіть без функціональних порушень функції печінки), реологію крові, а для ранніх ускладнень ПТ характерні саме венозний тромбемболізм та жирова емболія, зміни ангіогенезу мікросудинного русла та численні

інфекційні ушкодження як результат зниженої опірності організму [10-14].

Мета. Визначити клінічні та епідеміологічні особливості перебігу травматичної хвороби у пацієнтів з політравмою та вживанням алкоголю в анамнезі, а також характер ускладнень.

Матеріали та методи. У цьому описовому дослідженні представлено основні клініко-епідеміологічні характеристики 39 постраждалих з ПТ середньої тяжкості та хронічною алкогольною інтоксикацією (ХАІ), які перебували на лікуванні у 2016 році на базі відділення політравми та анестезіології на 12 ліжок для інтенсивної терапії хворих зі сполученою травмою КЗОЗ «ХМКЛШНМД ім. проф. О.І. Мещанінова». Критерії включення пацієнтів: вік 19-60 років, наявність пошкоджень у двох і більше анатомо-функціональних областях, ступінь тяжкості травматичного пошкодження за шкалою ISS 9-25 балів, оцінка за Шкалою коми Глазго ≥ 14 на момент госпіталізації, відсутність черепно-мозкової травми, відсутність необхідності в загальній анестезії, підтверджений психіатром-наркологом діагноз «згубне вживання алкоголю» та/або «синдром залежності внаслідок вживання алкоголю». Аналіз проводився за даними первинної документації – історій хвороб пацієнтів, актів судово-медичного

дослідження. Хворих із онкопатологією до дослідження включено не було.

Статистична обробка отриманих даних проводилася таким чином: спочатку перевірялась відповідність ряду даних вибірки нормальному закону розподілу за допомогою критерію Шапіро-Уїлка. Для порівнянь застосовувався параметричний t-критерій Стьюдента або непараметричний критерій Манн-Уїтні. Побудова порівняльно якісних ознак проводилася за допомогою точного критерію χ^2 з включенням поправки Йейтса. Розрахунки проводилися на персональному комп'ютері за допомогою пакета програм Microsoft Office та Statistica 7.0. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$ [15].

Результати та їх обговорення. Проведений аналіз показав, що середній вік пацієнтів з ПТ середньої тяжкості та ХАІ склав $37,4 \pm 9,4$ років. Серед пацієнтів названої групи чоловіків було 29 (74%), що в 2,9 раза перевищує кількість жінок – 10 (26%). Це можна спробувати пояснити зневажливим відношенням осіб чоловічої статі до небезпеки, частішим виконанням роботи, пов'язаної з механізмами, що рухаються, фізичної праці, частішим зловживанням алкогольними напоями.

Таблиця 1
Статеві-вікова структура хворих з ПТ та ХАІ

Вік \ Стать	Чоловіки, %	Жінки, %	Всього, %
19-24	5(17,3%)	-	5(12,8%)
25-44	18(62,1%)	5(50%)	23(59%)
45-60	6(20,6%)	5(50%)	11(28,2%)

Звертає на себе увагу той факт, що найвагомішу частку потерпілих (59%) склали саме пацієнти молодого працездатного віку. Чоловіків у цій групі було 78,2%, а жінок – 21,8%. У старшій віковій групі кількість потерпілих за статтю майже не відрізнялась: 6 чоловіків та 5 жінок, що загалом формує 28,2%. Молодшу вікову групу склали тільки чоловіки у кількості 5 осіб, що становить 17,3% від загальної кількості осіб чоловічої статі.

Аналіз механізмів травмування показав, що більшість пошкоджень було отримано в результаті дорожньо-транспортних пригод (ДТП) – 24 постраждалих (61,5%). Побутову травму отримали 6 (15,3%) пацієнтів, рейкова травма зафіксована у 6 (15,3%) постраждалих, кататрава спостерігалась у 3 (7,6%) осіб.

У стані алкогольного сп'яніння на момент надходження до ВІТ перебували 32 (82%) осіб.

За локалізацією і характером домінуючого ушкодження потерпілі розподілились наступним чином: поєднана скелетна травма (СТ) і закрита травма живота (ТЖ) та грудей (ТГ) спостерігалась у 19 (48,7%) пацієнтів, СТ+ТГ у 7 (17,9%), СТ+ТЖ у 5 (12,8%), ТЖ+ТГ у 5 (12,8%) та поєднана СТ у 3 (7,6%) постраждалих. Тяжкість травматичних пошкоджень за шкалою ISS становила $17,8 \pm 3,5$, а тяжкість стану постраждалих за шкалою АРАСНЕ II – $9,6 \pm 1,4$. Рівень свідомості потерпілих на момент поступлення за шкалою Глазго становив $14,8 \pm 0,2$. У всіх постраждалих зі скелетною травмою з метою іммобілізації уламків використовували апарати зовнішньої фіксації.

Терміни перебування у ВІТ становили $64,9 \pm 23,7$ години, а у профільному травматологічному відділенні – $14,3 \pm 4,2$ доби.

Незважаючи на сучасні можливості, при лікуванні пацієнтів з політравмою та ХАІ близько 20% смертей виникають у післяопераційний період [16]. Так ускладнення, серед яких синдром жирової емболії, тромбоемболічні ускладнення, пневмонія, сепсис, поліорганна недостатність залишаються викликом при наданні допомоги постраждалим.

Інфекційні ускладнення, що розвиваються в ранньому та пізньому періодах ТХ у постраждалих з ХАІ, є головною причиною летальних випадків у постраждалих з ПТ і негативним для життя прогнозом. При аналізі строків розвитку гнійно-септичних ускладнень у цієї групи пацієнтів ми дійшли до висновку, що в середньому вони виникають на $7,2 \pm 2,4$ добу.

Профілактика інфекційних ускладнень політравми передбачає запобігання ранової та внутрішньолікарняної контамінації. Однак, імунна дисрегуляція як наслідок травматичної хвороби може збільшити ризик внутрішньолікарняної інфекції [11]. Відповідні дані свідчать про те, що серед інфекційних ускладнень переважає пневмонія, її поширеність сягає 18%–50%, сепсис зустрічається у 3%–21% та поліорганна недостатність виникала у 12%–36% пацієнтів [2, 13].

За результатами нашого дослідження, пневмонія була найбільш поширеним інфекційним ускладненням та спостерігалась у 11(28,2%) пацієнтів. Сепсис (7,6%), перитоніт (7,6%), емпієма плеври (5,1%), остеомієліт (5,1%) зустрічались з меншою частотою.

Неінфекційні ускладнення, на відміну від інфекційних, проявлялись з перших годин травмування і досягали максимального розвитку в період виснаження організму на $2,3 \pm 0,8$ добу, вони виступали основним пусковим механізмом розвитку важких інфекційних ускладнень у ранньому періоді ТХ. Ці ускладнення значно посилювали тяжкість перебігу ТХ у пацієнтів з ХАІ. Пацієнти з множинними травмами та ХАІ мають вищу частоту делірії, що асоціюється зі значною смертністю [14]. У проведеному дослідженні серед неінфекційних ускладнень у пацієнтів найчастіше спостерігався делірій – у 29 пацієнтів (74%). Із більшою частотою він протікав у гіперактивній, (62%) хворих з делірієм, та змішаній (38%) формі. Це ускладнення найяскравіше проявлялося на $34,7 \pm 8,5$ годині перебування хворих у ВІТ. Звертає на себе увагу той факт, що у групі хворих з летальним кінцем (29 випадків) делірій спостерігався значно частіше (χ^2 з включенням поправки Йейтса = 3.641, $p < 0,05$) і був виявлений у 25 пацієнтів. Ризик виникнення смерті у пацієнтів з делірієм дорівнює 6,25 (OR = 6,25 [CI 1,23; 31,84]).

На основі отриманих даних виявлено, що пацієнти з делірієм перебувають у ВІТ на $39,6 \pm 5,3$ годин більше, ніж пацієнти без цього ускладнення. Порушення свідомості, нестабільна гемодинаміка та дихальні розлади, які викликані синдромом відміни алкоголю, обумовлюють необхідність проведення продовженої ШВЛ з синхронізацією і застосуванням седативних засобів.

За даними досліджень, частота тромбозу вен серед травмованих пацієнтів коливається від 11,8% до

65% залежно від типу та тяжкості травми, та є однією з основних причин смерті [17, 18]. У нашому дослідженні ми зареєстрували 5 (12,8%) випадків тромботичних ускладнень, що може свідчити про скомпromетовану вживанням алкоголю систему коагуляції.

Жирова емболія легко виникає у людей переважно після переломів довгих трубчастих кісток і найчастіше протікає безсимптомно, тоді як синдром жирової емболії зустрічається у 1%–29% пацієнтів з травмою. Повідомлялося, що частота випадків закритих переломів вище, ніж у відкритих [19]. На жаль, ми не маємо даних щодо специфічного лікування цього ускладнення. Основний спосіб попередження – це рання ортопедична стабілізація перелому [2]. У нашій роботі частоту розвитку синдрому жирової емболії була відносно низькою – 2 випадки (5,1%).

Висновки. Найчастіше множинні пошкодження на фоні вживання алкоголю отримують чоловіки молодого працездатного віку. У пацієнтів з делірієм ризик розвитку летального кінця у 6,25 рази вищий, ніж у пацієнтів без гострої енцефалопатії.

Таким чином, лікування потерпілих з ПТ та ХАІ в анамнезі є надзвичайно важливою медичною проблемою, яка потребує більших лікувальних ресурсів, довших термінів ШВЛ, зазвичай довшого перебування у ВІТ та в лікувальному закладі.

References:

1. Rukovodstvo po neotlozhnoi pomoshchy pry travmakh [Elektronnyi resurs]. Geneva: World Health Organization. 2010. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42565/3/9789244546406_rus.pdf
2. Lianskorunskiy VM, Burianov OA, Omelchenko TM, Miasnikov DV, Vakulych MV, Dubrov SO. Analiz rezultativ likuvannia patsientiv z travmoiu na bazi tsentru politravmy. pain, anaesthesia & intensive care. 2020; 4(93):55-62. DOI: [https://doi.org/10.25284/2519-2078.4\(93\).2020.220677](https://doi.org/10.25284/2519-2078.4(93).2020.220677).
3. Nauth A, Hildebrand F, Vallier H, Moore T, Leenen L, Mckinley T, Pape HC. Polytrauma: update on basic science and clinical evidence. *OTA Int.* 2021; Feb, 23; 4(1):e116. DOI: 10.1097/OI9.000000000000116. PMID: 33937720; PMCID: PMC8016602.
4. Savvin YuN. Klinicheskie rekomendacii po politravme. 2016. P.179-217.
5. Riuttanen A, Jäntti SJ, Mattila VM. Alcohol use in severely injured trauma patients. *Sci Rep.* 2020; Oct, 21; 10(1):17891. DOI: 10.1038/s41598-020-74753-y. PMID: 33087781; PMCID: PMC7577970.
6. Zeckey C, Dannecker S, Hildebrand F, Mommsen P, Scherer R, Probst C, Krettek C, Frink M. Alcohol and multiple trauma: is there an influence on the outcome? *Alcohol.* 2011; May, 45(3):245-51. DOI: 10.1016/j.alcohol.2010.08.004. Epub. 2010; Sep, 16. PMID: 20843639.
7. Weil ZM, Corrigan JD, Karelina K. Alcohol Use Disorder and Traumatic Brain Injury. *Alcohol Res.* 2018; 39(2):171-180. PMID: 31198656; PMCID: PMC6561403.
8. Sharp B, Schermer CR, Esposito TJ, Omi EC, Ton-That H, et al. Alcohol Withdrawal Syndrome in Trauma Patients: A Prospective Cohort Study. *J Trauma Treat.* 2012; 1:128. DOI: 10.4172/2167-1222.1000128
9. Mainerova B, Prasko J, Latalova K, Axmann K, Cerna M, Horacek R, Bradacova R. Alcohol withdrawal delirium - diagnosis, course and treatment. *Biomed Pap. Med. Fac. Univ. Palacky Olomouc Czech. Repub.* 2015; Mar, 159(1):44-52. DOI: 10.5507/bp.2013.089. Epub. 2013; Dec, 11. PMID: 24399242.
10. Lonergan E, Luxenberg J, Areosa Sastre A. Benzodiazepines for delirium. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; 2009(4):CD006379. Published 2009; Oct, 7. DOI:10.1002/14651858.CD006379.pub3
11. McBride MA, Owen AM, Stothers CL, Hernandez A, Luan L, Burelbach KR, Patil TK, Bohannon JK, Sherwood ER, Patil NK. The Metabolic Basis of Immune Dysfunction Following Sepsis and Trauma. *Front Immunol.* 2020; May, 29; 11:1043. DOI: 10.3389/fimmu.2020.01043. PMID: 32547553; PMCID: PMC7273750.
12. Dubrov SA. "Osnovnye principy intensivnoj terapii pacientov s politravmoj na rannem ehstape. Puti optimizacii" *ScienceRise.* 2015; 5; 4(10):117-122.
13. Dickmann P, Bauer M. Sepsis 2019 - New Trends and Their Implications for Multiple Trauma Patients. *Z Orthop Unfall.* 2020; Feb, 158(1):81-89. English, German. DOI: 10.1055/a-0853-2054. Epub 2019 Sep 9. PMID: 31499573.
14. Yang Y, Zhao X, Dong T, Yang Z, Zhang Q, Zhang Y. Risk factors for postoperative delirium following hip fracture repair in elderly patients: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res.* 2017; Apr, 29(2):115-126. DOI: 10.1007/s40520-016-0541-6. Epub 2016 Feb 12. PMID: 26873816.
15. Glanc S. "Mediko-biologicheskaya statistika. Per. s angl. M.: Praktika. 1998. P.459. [Glantz SA Primer of Biostatistics].
16. Kanashvili B, Saganelidze K, Ratiani L. Recent principles of antimicrobial treatment in polytrauma induced sepsis and septic shock (review). *Georgian Med News.* 2018; May, 278:72-80. PMID: 29905549.
17. Ko A, Harada MY, Barmparas G, Chung K, Mason R, Yim DA, Dhillon N, Margulies DR, Gewertz BL, Ley EJ. Association Between Enoxaparin Dosage Adjusted by Anti-Factor Xa Trough Level and Clinically Evident Venous Thromboembolism After Trauma. *JAMA Surg.* 2016; Nov, 1; 151(11):1006-1013. DOI: 10.1001/jamasurg.2016.1662. PMID: 27383732.
18. Karcutskie CA, Dharmaraja A, Patel J, Eidelson SA, Padiadpu AB, Martin AG, Lama G, Lineen EB, Namias N, Schulman CI, Proctor KG. Association of Anti-Factor Xa-Guided Dosing of Enoxaparin With Venous Thromboembolism After Trauma. *JAMA Surg.* 2018; Feb, 1; 153(2):144-149. DOI: 10.1001/jamasurg.2017.3787. PMID: 29071333; PMCID: PMC5838588.
19. Fukumoto LE, Fukumoto KD. Fat Embolism Syndrome. *Nurs Clin North Am.* 2018; Sep, 53(3):335-347. DOI: 10.1016/j.cnur.2018.04.003. PMID: 30100000.

УДК 616-001-031.14-089-085-099;612.396.22
**ХАРАКТЕР И ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ
ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С
ПОЛИТРАВМОЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ
АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

А.В. Омельченко-Селюкова, С.С. Дубовская,
Ю.В. Волкова

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра медицины неотложных состояний, анестезиологии и интенсивной терапии, г. Харьков, Украина,
ORCID ID: 0000-0001-5965-8526,
e-mail: anna.omelcenkokh@gmail.com;
ORCID ID: 0000-0003-0367-6279,
e-mail: dubovskaya@ukr.net;
ORCID ID: 0000-0001-8000-5802,
e-mail: volkova@gmail.com*

Резюме. Цель. Выявить закономерности течения травматической болезни и характер осложнений у пациентов с политравмой (ПТ) и хронической алкогольной интоксикацией (ХАИ).

Материалы и методы. Проанализирована медицинская документация 39 пострадавших с ПТ и употреблением алкоголя в анамнезе в возрасте 19-60 лет, которые лечились в отделении ПТ и анестезиологии на 12 коек для интенсивной терапии больных с сочетанной травмой КУОЗ «ХГКБСНМП им. проф. А. И. Мещанинова» в 2016 году.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $37,4 \pm 9,4$ года, мужчин было в 2,9 раза больше, чем женщин. Среди инфекционных осложнений ПТ у пациентов с ХАИ преобладали пневмонии (28,2%) и сепсис (7,6%). Неинфекционные осложнения представлены делирием – у 29 пациентов (74%), что увеличивало пребывания больных в отделении интенсивной терапии на $39,6 \pm 5,3$ часа. С меньшей частотой у больных возникали тромбозы, которые наблюдались у 5 (12,8%) пациентов, синдром жировой эмболии – 2 (5,1%).

Выводы. Чаще всего множественные травмы на фоне ХАИ получают мужчины молодого трудоспособного возраста. Причиной повреждений в более 60% случаев является ДТП. 82% пострадавших находились в состоянии алкогольного опьянения во время госпитализации. В среднем сроки пребывания больных данной категории в отделении интенсивной терапии составляют $64,9 \pm 23,7$ часа, хотя при развитии осложнений эти сроки увеличиваются до $103,2 \pm 14,2$ часа. У пациентов с ХАИ наблюдается осложненное течение травматической болезни. Наиболее распространенными осложнениями ПТ на фоне ХАИ являются пневмония, сепсис и перитонит, делирий, тромбозы и тромбозы, жировая эмболия. У пациентов с делирием риск развития летального исхода в 6,25 раза выше, чем у пациентов без острой энцефалопатии.

Ключевые слова: политравма, травматическая болезнь, хроническая алкогольная интоксикация, делирий, состояние отмены алкоголя.

UDC 616-001-031.14-089-085-099;612.396.22
**CHARACTER AND FREQUENCY OF
COMPLICATIONS IN PATIENTS
WITH POLYTRAUMA AND CHRONIC ALCOHOL
INTOXICATION**

A.V. Omelchenko-Seliukova, S.S. Dubivska,
Y.V. Volkova

*Kharkov National Medical University, Department of Emergency Medicine, Anesthesiology and Intensive Care, Kharkov, Ukraine,
ORCID ID: 0000-0001-5965-8526,
e-mail: anna.omelcenkokh@gmail.com;
ORCID ID: 0000-0003-0367-6279,
e-mail: dubovskaya@ukr.net;
ORCID ID: 0000-0001-8000-5802,
e-mail: volkova@gmail.com*

Abstract. Purpose. Identify patterns of traumatic disease and characterize complications in patients with polytrauma (PT) and chronic alcohol intoxication (CAI).

Materials and methods. Case histories of 39 victims with PT and alcohol history at age 19-60 years who were undergoing treatment at the Prof. Meshchaninov Kharkov City Clinical Emergency Hospital in 2016. Patient inclusion criteria: age 19-60, damage of two or more anatomical functional areas, severity of traumatic injury on the ISS scale 9-25 points, Glasgow coma scores ≥ 14 at the time of admission, absence of craniocerebral trauma, the absence of general anesthesia.

Results. The average age of patients was 37.4 ± 9.4 years. Among these groups of patients were 29 men (74%), which is 2.9 times the number of women 10 (26%). Attention is drawn to the fact that the most important part of the victims (28.2%) was precisely the patients of the young able-bodied age. Infectious complications that developed in the early and late period of traumatic disease in victims with CAI are the main causes of death in PT - patients and induce a negative prognosis for survival. During analyzing the timing of the development of purulent-septic complications in this group of patients, we came to the conclusion that they occur on average at 7.2 ± 2.4 days. Among the infectious complications of PT in patients with CAI were pneumonia (28.2%), sepsis (7.6%), peritonitis (7.6%), pleural empyema (5.1%), osteomyelitis (5.1%). Non-infectious complications, in contrast to infectious, manifested from the first hours of injury and reached maximum development during the period by 2.3 ± 0.8 days, they were the main trigger for the development of severe infectious complications in the early period of traumatic disease. Noninfectious complications were consisted by delirium - in 29 patients, which increased the patients duration at intensive care unit on 39.6 ± 5.3 hours. These complications significantly increased the severity of the PT patients with CAI. With a higher incidence, it occurred in hyperactive, (62%) patients with delirium, and mixed (38%) form. Attention is drawn to the fact that patients with fatal outcome (29 cases), delirium was observed significantly more frequently (χ^2 to include Yeats = 3.641, $p < 0.05$) was found in 25 patients. Less frequently in patients occurred thrombosis 5(12.8%) and fat embolism syndrom 2 (5.1%).

Conclusions. Most often, multiple injuries with history of alcohol use are obtained by young working aged men. The cause of injury in more than 60% of cases is accidents. 82% of the victims were in the state of alcohol intoxication during their hospitalization. On average, the terms of stay of patients with ICU are 64.9 ± 23.7 hours, although with the development of complications, these terms increase to 103.2 ± 14.2 hours. In patients with CAI there is a complicated course of traumatic disease. Among the infectious complications that develop at 7.2 ± 2.4 days, pneumonia, sepsis and peritonitis predominate. The most common non-infectious complications were delirium,

thrombophlebitis thrombosis, fat embolism. Risk of fatal outcome in patients with delirium is 6.25 times higher than in patients without acute encephalopathy. Thus, the treatment of patients with a history of polytrauma and chronic alcohol intoxication is an extremely important medical problem that needs further study and improvement.

Keywords: polytrauma, traumatic disease, chronic alcohol intoxication, delirium, alcohol withdrawal state.

Стаття надійшла в редакцію 18.09.2021 р.
Стаття прийнята до друку 11.11. 2021 р.