

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТРАВМАТИЧНОГО ШОКУ ПРИ ПОЄДНАНІЙ КРАНІОАБДОМІНАЛЬНІЙ ТРАВМІ

Шевченко В.В.

Науковий керівник – проф. І.Д. Дужий

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерпії

Під політравмою, згідно сучасним уявленням, розуміють складний патологічний процес, зумовлений пошкодженням декількох анатомічних областей з вираженою маніфестацією синдрому взаємного обтяження та обов'язковим порушенням вітальних функцій організму.

Для політравми характерні атиповість симптоматики пошкоджень, складність діагностики, термінова необхідність проведення інтенсивного лікування і реанімації, високий рівень летальності. Серед сучасної політравми особливу групу складають поєднані черепно-мозкові травми (ПЧМТ), які зустрічаються в 42-72% від усіх випадків політравми і визначають у 80% випадків ступінь летальності. Летальність при поєднанні ЧМТ і закритої травми живота(ПКАТ) сягає 42-70%. Причинами смерті є тяжка ЧМТ, травматичний шок, профузні кровотечі, геморагічний шок. Наявність ЧМТ супроводжується більшою тяжкістю травми і атиповістю клінічного симптомокомплексу, спотворенням класичних симптомів шоку.

Мета дослідження. Вивчити особливості перебігу шоку у постраждалих з краніоабдомінальною травмою

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз 154 історій хвороби постраждалих з ПКАТ за період 2002-2009 років. Співвідношення чоловіків і жінок 3,5: 1. Середній вік постраждалих - 40,4 роки. Причини травми: ДТП – 57,7%, кататравма – 20,7%, побутові травми- 21,6%. Протягом першої години після травми госпіталізовані - 54 (35,2%), перших трьох годин - 72 (46,6%), пізніше - 28 (18,2%). Для оцінки тяжкості травми використано шкалу тяжкості пошкоджень Injury Severity Score (ISS). Ступінь порушення свідомості характеризували за коматозною шкалою Глазго (CGS). Тяжкість стану визначалась за методикою Pape et Krettek.

Результати дослідження. Залежно від тяжкості стану сформовані три групи: I - 34 (22,1%) постраждалих із стабільним станом (число балів за ISS – до 25, за CGS > 10) при збереженні вербального контакту, травматичним шоком 1-2 ступенів; II – 72 (47,1%) постраждалих з тяжким станом (число балів за ISS – 26-45, за CGS – 10-7) з вираженим пригніченням вітальних функцій, травматичним шоком III ступеню, та порушенням вербального спілкування; III – 47 (30,8%) постраждалих у критичному стані (число балів за ISS >40, за CGS <7) та шоком IV ступеня, в сопорі або комі. Закриті пошкодження черевної стінки (забої, розриви м'язів, гематоми) діагностовано у 36 (23,3%), пошкодження органів черевної порожнини діагностовано у 118 (76,7%) хворих, які були екстрено оперовані.

У 36 (24,7%) постраждалих діагностовано тяжкі краніальні травми, які потребували екстреної нейрохірургічної операції.

Шок різного ступеня тяжкості був присутній у всіх постраждалих. ЧМТ спотворювала перебіг шоку. У 18 постраждалих першої групи при поєднаній ЧМТ була більш виражена його еректильна фаза, яка могла бути прийнята за психомоторне збудження, особливо у пацієнтів у стані алкогольного сп'яніння. Маскуючий вплив ЧМТ на перебіг шоку при ПКАТ особливо яскраво був виражений при тяжких забоях головного мозку з пошкодженням дієнцефальної області. У 16 таких постраждалих артеріальний тиск, незважаючи на наявність ушкодження органів черевної порожнини з тяжкою кровотокою, не тільки не знижувався, але у трьох випадках навіть був підвищений. При наявності внутрішньочерепних гематом, за рахунок подразнення оболонок мозку у 13 постраждалих реєструвалася брадикардія, що також маскувала присутність тяжкої інтраабдомінальної кровотечі у них. Це свідчить про те, що такий класичний предиктор геморагічного шоку (шоковий індекс Allgowery) втрачає свою діагностичну коректність у постраждалих з ПКАТ і може мати нормальну величину при тяжкій крововтраті у таких постраждалих, що може слугувати підґрунтям для вибору хибної діагностично-лікувальної тактики. У 6 таких пацієнтів, із уявно стабільною гемодинамікою настала швидка декомпенсація, вивести із якої було дуже важко. Шок при ПКАТ перебігав на тлі порушеної свідомості у 72(47,1%), і в коматозному стані у 47(30,8%). Відсутність надійних клінічних критеріїв шоку значно затруднювало вибір діагностично-лікувальної тактики. Ранніми ознаками шоку при тяжкій ПКАТ ми вважали блідість шкіри і слизових, сповільнення появи рефлексорної гіперемії після компресії на нігтьову пластинку (негативний симптом Ланьель- Лавестіна), слабкий пульс при нормальній його частоті та достатньому систолічному тиску, низький (10-20 мм. рт.ст.) пульсовий тиск.

Т.ч у постраждалих з ПКАТ у 100% випадків присутній шок різного ступеню тяжкості, в залежності від тяжкості політравми. Черепно-мозкова травма спотворює класичні симптоми шоку, тому для попередження помилок у виборі діагностично-лікувальної тактики і розвитку некомпенсованого шоку, такі постраждалі повинні оцінюватися як потенційно "шокові" і відразу отримувати повноцінний комплекс протишовкових заходів.