

ТРУДНОЩІ В ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЄДНАНОЮ КРАНІОТОРАКОАБДОМІНАЛЬНОСКЕЛЕТНОЮ ТРАВМОЮ

Січненко П.П., Хілько А.С., студ.3-го курсу

Науковий керівник – доц. Шевченко В.П.

СумДУ, кафедра загальної хірургії

Проблема лікування постраждалих з поєднаною травмою (ПТ) за останнє десятиріччя зайняла одне із провідних місць. ПТ стала однією з трьох головних причин смертності населення, при цьому у віковій категорії до 40 років ця причина займає перше місце. Летальність у постраждалих з політравмою залишається високою і корелює з кількістю пошкоджених органів (13,9-56,5%). Як правило постраждалі госпіталізуються в стані травматичного шоку, що супроводжується смертю в першу добу (від 25 до 50,5%) в залежності від комбінації травмованих анатомічних зон. У 18-25% переживших добу постраждалих розвивається поліорганна недостатність, що приводить до життєво небезпечних ускладнень в подальшому. ПТ характеризується тривалою втратою працездатності, а незадовільні результати лікування і стійка інвалідизація розвивається майже у 40% постраждалих. Діагностика і лікування ПТ, які супроводжуються шоком і гострою крововтратою, з наступним розвитком поліорганної недостатності відрізняється особливою складністю у зв'язку з розвитком феномену взаємного обтяження (ФЗО) пошкоджень.

Мета дослідження: вивчити результати лікування і особливості перебігу тяжкої краніоторакоабдомінальносkeletalної травми (КТАСТ) у постраждалих.

Матеріали й методи: проведено ретроспективний аналіз історії хвороб 36 постраждалих з поєднаною КТАСТ, які були госпіталізовані в реанімаційноанестезіологічне відділення СОКЛ в 2006 році. Серед них переважну більшість складала чоловіки - 79,2%, жінок було – 20,8%. Найбільш частими причинами виникнення КТАСТ були автомобільна травма – 65,8%, падіння з висоти – 13,9%, кримінальні ситуації – 20,3%. В стані алкогольного сп'яніння госпіталізовано 46 % постраждалих, в стані коми і тяжким порушенням свідомості - 72% (1-6 балів згідно коматозної шкали Глазго). В алгоритм обстеження крім лабораторних досліджень входили рентгенографія ОГК, оглядова черевної порожнини, черепа, УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерна томографія головного мозку.

Результати: Поєднана КТАСТ відрізнялась особливо тяжким перебігом і труднощами в діагностиці пошкоджень. Діагностика пошкоджень у цих постраждалих була затруднена у зв'язку з тяжкістю стану, необхідністю проведення реанімаційних заходів під час обстеження, дефіцитом терміну обстеження, відсутністю вербального контакту з постраждалим. У 8 постраждалих виконали діагностичну плевральну пункцію, у 12-мінілапаротомія, у зв'язку з підозрою на пошкодження органів черевної порожнини. Тяжкість травми зумовила високу летальність – 20 (55%), при цьому в перші три години померло 20%, протягом 24 год – 50% травмованих. Проаналізовані протоколи судово-медичного дослідження померлих, було визначено, що у частини померлих 6 (43%), в перші години після госпіталізації не були діагностовано пошкодження печінки – 3, тонкої кишки – 3, що пояснюється дефіцитом часу для повноцінного обстеження. У 4 хворих після проведення мінілапаротомії була виявлена кров у черевній порожнині і вони були своєчасно прооперовані. Таким чином поєднана КТАСТ відрізняється тяжким перебігом, труднощами в діагностиці та високою летальністю.