



І. Р. Трутяк

Львівський національний
медичний університет
імені Данила Галицького

© І. Р. Трутяк

ІНФОРМАТИВНІСТЬ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ У ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ ЗАКРИТОЮ ПОЄДНАНОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

Резюме. Проаналізовано клінічну симптоматику пошкоджень у 392 постраждалих із закритою поєднаною абдомінальною травмою (ЗПАТ). Дві анатомо-функціональні ділянки були пошкоджені у 33,67% спостереженнях, три — у 42,35%, чотири — у 21,94% і п'ять — у 2,04%. Всі постраждалі надійшли у стані травматичного шоку: I ступеня — 9,69%, II ступеня — 31,63%, III ступеня — 50,51% і в термінальному стані — 8,16%. Визначено питому вагу частоти типових клінічних симптомів у постраждалих із ЗПАТ. Інформативність клінічного обстеження становила 35,37%. Зроблено висновки, що на підставі тільки клінічних обстежень діагностувати або виключити всі пошкодження у постраждалого із ЗПАТ надзвичайно трудно. Клінічне обстеження є тільки початковою ланкою діагностичної програми для пацієнтів із ЗПАТ.

Ключові слова: *закрита поєднана абдомінальна травма, клінічна діагностика.*

Вступ

За даними ВООЗ, серед причин смерті травма займає третю позицію після серцево-судинних і онкологічних захворювань, а серед людей до 40 років — першу [9]. Характерною рисою таких травм є їх тяжкий поєднаний характер із домінуючими пошкодженнями органів черевної порожнини і заочеревинного простору [3, 8].

Ці пацієнти вимагають негайної діагностики, невідкладного хірургічного втручання та інтенсивної терапії [1, 10]. Проте клінічна діагностика пошкоджень у пацієнтів із закритою поєднаною абдомінальною травмою (ЗПАТ) є складною. Чисельні джерела болю та кровотечі, порушення свідомості, черепно-мозкова травма, пошкодження грудної клітки та скелета «маскують» симптоматику пошкоджень органів [2]. Тому ряд авторів для діагностики пошкоджень у постраждалих із поєднаною травмою пропонують керуватися даними інструментальних досліджень [4, 5, 6]. Проте S.P. Mavridis і A.M. Firilas [7], проаналізувавши свої спостереження, стверджують, що правильно визначити пошкодження органів черевної порожнини можна без дороговартісної апаратури, навіть у пацієнтів у стані алкогольного сп'яніння, якщо ретельно зібрати анамнез і провести клінічне обстеження та застосувати традиційні доступні методи.

Завданням нашого дослідження було встановити інформативність клінічних симптомів пошкоджень у постраждалих із ЗПАТ для оцінки практичного значення суб'єктивного і об'єктивного обстеження у діагностичному процесі.

Матеріал та методи

Для вивчення особливостей клінічної симптоматики у постраждалих із ЗПАТ були проаналізовані результати діагностики 392 пацієнтів,

які перебували на лікуванні у Львівській міській клінічній лікарні №8 і Київській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги від 2005 до 2009 р. Усім постраждалим медична допомога надавалася висококваліфікованими хірургами, анестезіологами, травматологами і нейрохірургами лікарень міст Києва та Львова. Інформація про пацієнтів заносилася в спеціально створену базу даних — комп'ютерну програму «Електронний архів Polytrauma» (Авторське свідоцтво №12652 від 06.04.2005), яка дозволяє проводити облік і аналіз клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень, методів лікування і динаміку перебігу травматичної хвороби.

Серед постраждалих із ЗПАТ люди молодого віку — до 39 років — становили 68,88%, а пенсіонери — 8,67%. Питома вага чоловіків склала 68,88%, а жінок — 31,12%. Найчастіше причиною ЗПАТ були дорожньо-транспортні пригоди, що серед інших видів травматизму становили 55,61%. Більшість травмованих у дорожньо-транспортних пригодах були пішоходами. Достатньо вагомою причиною ЗПАТ була кататравма — 29,59%. ЗПАТ виникала при падінні з висоти другого поверху і вище. Постраждалі із травмами, які були отримані при падінні з нижчої висоти, у нашій вибірці не траплялися. 181 (46,17%) постраждалий доставлений у лікарню у стані алкогольного сп'яніння.

Поліморфізм клінічних проявів ЗПАТ залежав від локалізації, характеру і кількості пошкоджених анатомо-функціональних ділянок (АФД). Закрита травма живота поєднувалася з травмою голови, грудей, таза і кінцівок. За характером поєднаних пошкоджень АФД ми виділили основні підгрупи ЗПАТ: абдоміно-краніальна травма, абдоміно-торакальна травма, абдоміно-тазова травма, абдоміно-скелетна травма, абдоміно-кра-



ніо-торакальна травма, абдоміно-краніо-тазова травма, абдоміно-краніо-скелетна травма, абдоміно-торако-тазова травма, абдоміно-торако-скелетна травма, абдоміно-тазово-скелетна травма, абдоміно-краніо-торако-тазова травма, абдоміно-краніо-торако-скелетна травма, абдоміно-краніо-тазово-скелетна травма, абдоміно-краніо-торако-тазово-скелетна травма. Дві АФД були пошкоджені у 33,67%, три — у 42,35%, чотири — у 21,94% і п'ять — у 2,04%. Всі постраждали поступили у стані травматичного шоку: I ступеня — 9,69%, II ступеня — 31,63%, III ступеня — 50,51% і в термінальному стані — 8,16% випадку.

Результати дослідження та їх обговорення

Невідкладним діагностичним завданням було за максимально короткий час виявити пошкодження, які у найближчий час загрожують життю постраждалого. Таким чином, діагностика постраждалих із ЗПАТ ґрунтувалася на вирішенні загальних питань — виявленні клінічних синдромів домінуючого пошкодження та визначення конкурентних і супутніх пошкоджень. Питома вага найбільш типових синдромів і симптомів пошкоджень при ЗПАТ у загальному масиві дослідження наведена у табл. 1.

Таблиця 1

Частота типових клінічних симптомів пошкоджень у пацієнтів із закритою поєднаною абдомінальною травмою

Синдроми, симптоми	Питома вага (%)	R
Синдром внутрішньої кровотечі: — зміни характеристик пульсу, ЧСС — зміни характеристик АТ, ЦВТ — холодні бліді вологі шкірні покриви — притуплення перкуторного звуку у флангах живота	85,4 74,1 56,2 18,1	1 2 5 17
Синдром перитоніту: — біль — нудота, блювання — відсутність участі в диханні черевної стінки — напруження м'язів черевної стінки — симптом Блюмберга — відсутність перистальтики кишок — затримка випороження і газів	48,8 53,2 53,3 55,8 57,5 15,5 14,7	10 9 8 6 4 20 21
Неврологічний синдром: — порушення свідомості — загальна мозкова симптоматика — вогнищева мозкова симптоматика	32,1 31,3 26,4	14 15 16
Синдром порушення зовнішнього дихання: — задишка — патологічна рухомість грудної клітки — зміна перкуторного звуку — аускультативні зміни	33,3 26,4 17,2 68,9	13 16 18 3
Синдром порушення сечовиділення: — гематурія — відсутність сечі — затримка сечі	8,6 2,6 6,2	22 26 23
Синдром порушення цілості скелета: — садна та крововиливи — вимушене положення тіла — деформації кінцівок, крепітація відламків — відсутність активних і болючі пасивні рухи кінцівок	16,2 54,1 39,1 37,8	19 7 11 12
Синдром порушення магістрального кровотоку: — бліда холодна кінцівка — відсутність пульсації периферійних артерій — пульсуюча гематома	4,2 4,6 2,1	25 24 27

Вагомими симптомами синдрому внутрішньої кровотечі була зміна характеристик пульсу (85,4%), артеріального тиску і центрального венозного тиску (74,1%), а також блідість і холодний піт на шкірних покривах (56,2%). Клінічні прояви прямо пропорційно залежали від об'єму внутрішньочеревної кровотечі. При внутрішньочеревній кровотечі до 500 мл гемодинамічних розладів не було. Перкуторно кров визначалася в черевній порожнині тоді, коли її виливалось не менше 1000 мл. При внутрішньочеревних кровотечах спостерігався симптом «ваньки-встаньки» незалежно від того, який із пошкоджених органів був джерелом кровотечі. Так, при пошкодженнях селезінки симптом «ваньки-встаньки» вдалося виявити у 72,1%, а короточасне затьмарення свідомості після травми (синдром Мак-Кракена) — у 80,2%.

Скарги на біль були у 48,8% постраждалих із ЗПАТ. Локалізація та іррадіація болю визначалися характером пошкодження. Проте біль при поєднаній травмі не завжди вказував на джерело пошкодження. Так, наприклад, постраждали із пошкодженням печінки у половині випадків локалізацію болю пов'язували із травмою грудної клітки, голови, таза, кінцівок. Настороженість про можливе пошкодження печінки була до пацієнтів із переломами 7—9 ребер справа. Тому доводилося проводити диференційну діагностику між правобічним гемотораксом і пошкодженням діафрагмальної поверхні печінки. Переломи VI—X ребер зліва були пересторогою до вірогідного пошкодження селезінки. Вирішити ці питання дозволяло поєднання плевральної пункції, оглядової рентгенографії органів грудної клітки, ультрасонографії і лапароцентеза.

Інтенсивні болі при переломах кісток таза заставляли хворого прийняти вимушене положення на ношах чи на кушетці (ноги зігнуті у колінних суглобах із розведеними назовні стегнами), а найменші поштовхи чи рухи нижніми кінцівками спричиняли посилення болю.

Нудоту і блювання (53,2%) спричиняли пошкодження внутрішніх органів черевної порожнини, проте вони були і симптомами загальної мозкової симптоматики при черепно-мозковій травмі (ЧМТ).

Відсутність участі передньої черевної стінки в акті дихання маніфестувалася у 53,3% травмованих. Напруження м'язів передньої черевної стінки виявили у 58,8% спостережень з акцентом на локалізацію пошкодженого органа. Ступінь напруження м'язів передньої черевної стінки залежала від сили і тривалості дії патологічного агента, який подразнював очеревину. Проте при ЧМТ, пошкодженні спинного мозку, тяжкому шоку й алкогольному сп'янінню цей симптом не визначався.

Серед постраждалих із ЗПАТ симптом Блюмберга був позитивним у 57,5%. Відсутність перис-



тальтики кишок, затримку випороження і газів спостерігали у 15,5 і 14,7% випадків, відповідно. Слід звернути увагу на те, що парез кишок при політравмі був рефлекторного характеру, як реакція на травму, подразнення кров'ю і патологічним вмістом. Окрім цього, парез кишок спричиняла заочеревинна гематома.

У 13 постраждалих із заочеревинними пошкодженнями дванадцятипалої і товстої кишок, які надійшли у перші 6 годин після травми симптоматика перитоніту була відсутня. Проте у 65,5% із них спостерігали інфільтрацію м'яких тканин бокових стінок живота і в 1% — була підшкірна емфізема у поперековій ділянці.

Цінну діагностичну інформацію отримали за допомогою таких простих маніпуляцій, як зондування шлунка і пальцьове дослідження прямої кишки. Наявність крові у шлунковому вмісті була ознакою пошкодження шлунка або дванадцятипалої кишки. Виявлення крові при пальцьовому дослідженні прямої кишки було показанням до уточнення характеру пошкодження прямої чи інших частин товстої кишки шляхом ректороманоскопії чи колоноскопії.

Загальна мозкова і вогнищева симптоматика характеризували ЧМТ. Загальна мозкова симптоматика спостерігалася у 31,3%, а вогнищева — у 26,4% спостережень. Втрата свідомості або її порушення (сопор, ступор) супроводжували ЧМТ або були наслідком тяжкого травматичного шоку і виявлені у 32,1% пацієнтів.

Флоатація грудної стінки визначалася у 26,4% постраждалих із множинними переломами ребер і порушенням цілісності грудинно-реберного каркасу. Зміни перкуторного звуку були у 17,2%, а аускультативні зміни — у 69,6%. Аускультативна мала значення для діагностики забою легень, патологічного вмісту у плевральній порожнині і закритої травми серця.

Синдром порушення сечовиділення був ознакою пошкодження сечового міхура або уретри. Гематурія була діагностована у 8,6% і спонукала виконувати пробу Зельдовича, яка була в 68,5% інформаційною для розриву сечового міхура. Переповнений сечовий міхур, неможливість самостійного сечовипускання і виділення крові із уретри були основними клінічними симптомами розриву уретри і спостерігалися у 6,2% наших пацієнтів. Проте у двох постраждалих із пошкодженням сечового міхура і уретри сечовий міхур не пальпувався. Спроби ввести катетер у сечовий міхур були безуспішні. Гематома в ділянці промежини була тільки у трьох пацієнтів. Тому для точної діагностики розривів сечового міхура і уретри потрібно було застосовувати рентгенологічні дослідження.

Вимушене положення тіла було у 54,1%. Травмовані намагалися щадити пошкоджені сегменти, які супроводжувалися значним больовим синдромом. Проте для постраждалих із ЧМТ характер-

ною була неспокійна поведінка. Поява саден, підшкірних та внутрішніх крововиливів у проекції пошкоджень залежала від механізму і характеру травми, пори року, одяжі постраждалого. Ці симптоми нами були виявлені у 16,2% травмованих. Відсутність активних і болючі пасивні рухи кінцівок спостерігали у 37,8% пацієнтів. Деформації кінцівок і крепітація відламків кісток були патогномонічними для скелетної травми з переломом довгих кісток і визначалися у 39,1% випадків.

Блідість і зниження температури кінцівки (4,2%), відсутність пульсації периферійних артерій (4,6%), а також пульсуюча гематома (2,1%) вказували на пошкодження магістральних артерій кінцівок.

Таким чином, загальна інформаційність клінічного обстеження у постраждалих із ЗПАТ становила 35,37%. Звична симптоматика пошкоджень органів черевної порожнини при поєднаній травмі була «стертою», а в окремих випадках — взагалі відсутня.

Домінуюче абдомінальне пошкодження, яке загрожувало життю травмованого вже в перші хвилини або години після травми, не завжди манифестувалося яскравою клінічною симптоматикою, а маскувалося тими пошкодженнями, які супроводжувалися значним больовим синдромом. Це концентрувало основну увагу на пошкодженнях із больовим синдромом (наприклад переломи кісток), а розпізнавання життєво небезпечного абдомінального пошкодження із внутрішньою кровотечею на підставі клінічного обстеження ускладнювалося.

При закритій поєднаній абдоміно-краніальній травмі з розривами паренхімних органів, незважаючи на крововтрату більше літра, артеріальний тиск залишався нормальним. Окрім цього, травма головного мозку значно знижувала черевні рефлекси, і звичні симптоми, які складали симптоматичний комплекс «гострого живота» при розривах порожнистих органів черевної порожнини, не проявлялися.

У постраждалих, які надійшли із порушеною свідомістю внаслідок черепно-мозкової травми, скарги були неінформативні. Заочеревинні гематоми при переломах кісток таза і хребта, які поширювалися на корінь брижі, викликали парез кишок і симулювали клініку розлитого перитоніту, а при розриві парієтального листка очеревини — внутрішньочеревну кровотечу. Стан постраждалих в алкогольному сп'янінні у найближчі 3 години після травми не відповідав тяжкості і характеру пошкоджень.

Отже, при ЗПАТ показники пульсу і артеріального тиску не завжди відповідають тяжкості травми, суб'єктивно і об'єктивно «інтактний» живіт не може бути запорукою цілості внутрішніх органів, а напруга м'язів передньої черевної стінки і відсутність перистальтики не достовірно вказують на пошкодження порожнистих органів.



Висновки

На підставі тільки клінічних обстежень виявити або виключити всі пошкодження при ЗПАТ є надзвичайно складно. Клінічне обстеження є важливою, але тільки початковою ланкою діагностичної

програми для пацієнтів із ЗПАТ. Суб'єктивна і об'єктивна симптоматика вказує на вибір тих найбільш доцільних додаткових обстежень, які дозволяють правильно поставити діагноз і своєчасно виконати невідкладні операційні втручання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М. Диагностика и лечение поврежденных живота /М.М.Абакумов, Н.В.Лебедев, В.И.Маларчук //Хирургия — 2001. — №6 — С. 24—28.
2. Диагностика поврежденных живота при сочетанной травме /А.Б. Молитвословов, М.И. Бокарев, Р.Е. Мамонтов [и др.] //Хирургия — 2002. — №9 — С. 22—26.
3. Замятин П.Н. Хирургічна тактика у постраждалих з політравмою при домінуючому ушкодженні паренхіматозних органів черевної порожнини /П.Н.Замятин //Шпитальна хірургія. — 2004. — №4. — С. 164—166.
4. Малоінвазивні методи в діагностиці і лікуванні абдомінальної травми /О.І.Міміношвілі, А.Д.Сомов, О.С. Антонюк [та ін.] //Одеський медичний журнал. — 2004. — №4 (84). — С. 53—55.
5. Isenhour J.L. Advances in Abdominal Trauma /Jennifer L. Isenhour, John Marx //Emerg. Med. Clin. North Am.— 2007. — Vol.25, №3. — P. 713—733.
6. Jansen J.O. Investigation of blunt abdominal trauma /

- J.O. Jansen, S.R. Yule, M.A. Loudon //Br. Med. J. — 2008. — Vol. 336, №7650. — P. 938—942.
7. Mavridis S.P. Blunt trauma in intoxicated patients: is computed tomography of the abdomen always necessary? /S.P. Mavridis, A.M. Firilas //South Med J. — 2000. — Vol. 93, №4. — P. 403—405.
8. Newgard C.D. Steering wheel deformity and serious thoracic or abdominal injury among drivers and passengers involved in motor vehicle crashes [In Process Citation] /C.D. Newgard, R.J.Lewis, J.F.Kraus //Ann Emerg Med. — 2005. — Vol. 45, №1. — P. 43—50.
9. Peden M. The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries. /M.Peden, K.McGee, G.Sharma — World Health Organization, Geneva, 2002. — 76 p.
10. Protocol for bedside laparotomy in trauma and emergency general surgery: a low return to the operating room /J.J.Diaz, V.Mejia, A.P.Subhawong [et al.] //Am Surg. — 2005. — Vol. 71, №11. — P. 986—991.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТОЙ СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

И. Р. Трутыак

Резюме. Проанализирована клиническая симптоматика поврежденных у 392 пострадавших с закрытой сочетанной абдоминальной травмой (ЗСАТ). Две анатомо-функциональные области были повреждены у 33,67% наблюдений, три — у 42,35%, четыре — у 21,94% и пять — у 2,04%. Все пострадавшие поступили в состоянии травматического шока: I степени — 9,69%, II степени — 31,63%, III степени — 50,51% и в терминальном состоянии — 8,16%. Вычислено удельный вес типичных клинических симптомов у пострадавших с ЗСАТ. Информативность клинического обследования составила 35,37%. Сделан вывод, что только клиническими обследованиями диагностировать или исключить все повреждения у пострадавшего с ЗСАТ чрезвычайно трудно. Клиническое обследование — только начальное звено диагностической программы для пациентов с ЗСАТ.

Ключевые слова: закрытая сочетанная абдоминальная травма, клиническая диагностика.

INFORMATIVITY OF CLINICAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH BLUNT COMBINED ABDOMINAL TRAUMA

I. R. Trutyak

Summary. Clinical symptomatology in 392 patients with blunt combined abdominal trauma (BCAT) was analyzed. Two anatomical and functional regions were injured in 33,67%, three — in 42,35%, four — in 21,94% and five — in 2,04% of cases. All patients at admission period were in different grades of traumatic shock: I grade — 9,69%, II grade — 31,63%, III grade — 50,51%, and in terminal stage — 8,16% of cases. Frequency of typical clinical symptoms in patients with BCAT was calculated. Informativity of clinical examination performed 35,37%. It was concluded that at the basis of clinical examinations to diagnose or to exclude all injuries in patients with BCAT is very difficult. Clinical examination should be only primary stage of diagnostic program for patients with BCAT.

Key words: blunt combined abdominal trauma, clinical diagnostics.