

©С.О. Гур'єв, Є.А. Лимар

ПН (ПН) У ВАГІТНИХ ЖІНОК, ЯКІ ОТРИМАЛИ ПОЛІТРАВМУ*Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги**та медицини катастроф**ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет**імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

ПН (ПН) У ВАГІТНИХ ЖІНОК, ЯКІ ОТРИМАЛИ ПОЛІТРАВМУ. У статті висвітлено особливості перебігу травматичного процесу у вагітних, які отримали політравму, та вплив вагітності на виникнення ПН у постраждалих у порівнянні з невагітними жінками. Вивчено вплив травматичного процесу за індикативним показником збереження вагітності. Виявлено, що ризик виникнення ПН збільшується з терміном вагітності, ПН виникає при меншому ступені тяжкості пошкодження. Кількість інфекційних ускладнень збільшується з терміном вагітності, але їх перебіг відносно легший, ніж у невагітних жінок. ПН зумовлює значний ризик переривання вагітності.

ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БЕРЕМЕННЫХ, ПОЛУЧИВШИХ ПОЛИТРАВМУ. В статье освещены особенности течения травматического процесса у беременных, получивших политравму, и влияние беременности на возникновение полиорганной недостаточности у пострадавших по сравнению с небеременными женщинами. Изучено влияние травматического процесса по индикативному показателю сохранения беременности. Выявлено, что риск возникновения полиорганной недостаточности увеличивается со сроком беременности, полиорганная недостаточность возникает при меньшей степени тяжести повреждения. Количество инфекционных осложнений возрастает со сроком беременности, но их течение относительно более легкое, чем у небеременных женщин. Полиорганная недостаточность обуславливает значительный риск прерывания беременности.

POLYORGANIC INSUFFICIENCY IN PREGNANT WOMEN WITH POLYTRAUMA. In this article peculiarity course of traumatic process in pregnant women with polytrauma and influence of pregnancy on rise of polyorganic insufficiency in suffering women compare with nonpregnant women were show. Influence of traumatic process by indicative proof of prolonging of pregnancy is studying. It was found, that risk of rise of polyorganic insufficiency increases with term of pregnancy and polyorganic insufficiency rises in less degree of severe injure. Quantity of the infection complicates increases with term of pregnancy, but course of these complicates is not severe, then in nonpregnant women. Polyorganic insufficiency has a serious risk of interrupted pregnancy.

Ключові слова: вагітність, політравма, травматичний процес, поліорганна недостатність, інфекційні ускладнення.

Ключевые слова: беременность, политравма, травматический процесс, полиорганная недостаточность, инфекционные осложнения.

Key words: pregnancy, polytrauma, traumatic process, polyorganic insufficiency, infection complicates.

ВСТУП. Впродовж останніх десятиліть невпинно зростає число травматизації внаслідок урбанізації, значного згуртування населення, прискорення ритму життя, що зумовлює підвищення рівня травмонебезпечності довкілля. Останніми роками полісистемні та поліорганні пошкодження виникають в групах людей, які раніше практично не отримували травму, зокрема, вагітні жінки. Ця проблема частково піднімалась вітчизняними та закордонними вченими [4, 6–11], однак глибокого аналізу впливу вагітності на перебіг травматичного процесу та зворотного впливу практично не вивчено, що зумовлено складністю формування групи дослідження. На сьогоднішній день не проводиться системна робота з упровадження стандартів та клінічних протоколів надання акушерської допомоги, що базуються на доказовій медицині, відсутні затверджені стандарти діагностики, профілактики та лікування багатьох видів екстрагенітальної патології [1–3, 5]. Тому доцільність та необхідність дослідження цієї проблеми є очевидною.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Нами вивчено 68 випадків полісистемного пошкодження у вагітних жінок. Контрольну групу склали 100 жінок фертильного віку, відібраних із загальної вибірки 5000 постраждалих з політравмою, рандомізованих за основними показни-

ками. Була проведена оцінка впливу вагітності на характер та результат перебігу травматичного процесу в постраждалих за наступними індикативними показниками: виживання постраждалих, виникнення ПН, виникнення інфекційних ускладнень, значення даних індикативних показників в порівнянні з відповідними показниками невагітних жінок. Також було вивчено вплив травматичного процесу на перебіг та збереження вагітності. Отримані дані були піддані аналізу відповідно до положень доказової медицини за допомогою комп'ютерних технологій.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Було встановлено, що жінки отримували політравми протягом всієї вагітності, а саме: 55,56 % у терміні вагітності 5–12 тижнів, 18,52 % у терміні вагітності 14–21 тижнів, 21 % у терміні вагітності 22–36 тижнів та 3,71 % – 38–40 тижнів. Такий розподіл частоти травматизації можна пояснити особливостями життєдіяльності жінок у період вагітності. У зв'язку з фізіологічними особливостями перебігу вагітності, індикативні показники відрізняються залежно від терміну вагітності. Показник виживання складає 96,30 %. Виникнення ПН значною мірою залежить від терміну вагітності. В 5–12 тижнів вагітності при тяжкості пошкодження від 21 бала за ISS ПН виникає у 23,34 % по-

страждалих; у терміні 14–21 тиждень при тяжкості пошкодження від 19 балів за ISS це ускладнення виникає у 50,00 % постраждалих; у 22–36 тижнів вагітності ПН виникає у 75,00 % постраждалих при тяжкості пошкодження від 16 балів за ISS. При вагітності 38–40 тижнів ПН виникає у 100,00 % постраждалих при тяжкості пошкодження 16 балів за ISS. У контрольній групі ПН виникла у 55,20 % при тяжкості пошкодження 20 балів за ISS. Водночас виявлено, що перебіг ПН у вагітних був відносно нетяжким, що може бути пояснено підвищенням функціонування саногенетичних та адаптаційних процесів організму жінки в період вагітності. У період до 12 тижнів такий показник практично рівний показнику загального масиву. У терміні вагітності 14–21 тиждень спостерігається перевищення досліджуваного показника на 25,00 %, у терміні 22–36 тижнів на 50,00 % та на 75,00 % в групі 38–40 тижнів вагітності. Отже, спостерігається наступна тенденція: ризик виникнення ПН збільшується з терміном вагітності; ПН виникає при меншій тяжкості пошкодження. Вищевказані зміни можна пояснити особливою перебудовою організму вагітної жінки: під час вагітності зростає навантаження на всі органи і системи жінки у зв'язку з необхідністю забезпечення життєдіяльності організму вагітної та повноцінного внутрішньоутробного розвитку плода [1-3]. Крім цього, збільшення матки спричиняє зміну топографії життєво важливих органів черевної, грудної порожнини та заочеревинної локалізації. Саме тому з ростом терміну вагітності зростає ризик виникнення ПН навіть при меншому ступені тяжкості травматичного пошкодження. Особливу роль у розвитку ПН відіграє виникнення синдрому абдомінальної компресії (САК) [6]. У вагітних це особливо актуально, оскільки у багатьох жінок спостерігається синдром нижньої порожнистої вени при горизонтальному положенні тіла, що необхідно враховувати при транспортуванні травмованих вагітних. Вкрай важливими є профілактика та рання діагностика САК до початку розвитку синдрому ПН, які можливі за умов моніторингу показників ВЧТ у пацієнток групи ризику. Ліквідація САК потребує проведення абдомінальної декомпресії шляхом лапароцентезу, що супроводжується значними труднощами у вагітних жінок внаслідок порушення топографії органів черевної порожнини та високого ятрогенного ризику. Зазвичай в першу чергу виникають ознаки ниркової недостатності, що пояснюється значним навантаженням та компресією органів сечовидільної системи, особливо в пізні терміни вагітності [3]. Найбільш виражені зміни спостерігаються в 2 і 3 триместрах (в терміні до 12 тижнів – 23,34 %; до 21 тижня – у 50,00 %; до 36 тижнів у 75,00 %; при доношеній вагітності – у 100,00 % випадків). При САК в 90 % випадків спостерігається загроза переривання вагітності. Розвиток САК сприяє швидкому виникненню легеневої та серцевої недостатності внаслідок підняття купола діафрагми та зміщення органів грудної порожнини і їх компресії [6]. Цей факт також необхідно враховувати при транспортуванні вагітних з політравмою. У вагітних спостерігається фізіологічна гіперкоагуляція та зниження венозного тону (дія прогестерону), механічне затrudнення

відтоку крові внаслідок підвищення внутрішньочерепного тиску та компресії маткою нижньої порожнистої вени, що спричиняє високий ступінь ризику тромботичних ускладнень. Розвиток інфекційних ускладнень усугубляє ризик тромботичних ускладнень [5]. Варто відзначити, що перебіг таких ускладнень має стертий перебіг в початковій стадії їх розвитку, що іноді утруднює своєчасну діагностику. Такі особливості інфекційних ускладнень у вагітних жінок можна пояснити наступним чином: під час вагітності спостерігається зниження імунологічної реактивності організму матері з метою забезпечення толерантності до фетоплацентарного трансплантату, що пов'язане із секрецією стероїдних статевих гормонів та наявністю плаценти, яка має виражені імуносупресивні властивості [2, 3]. Важливою особливістю політравми у вагітних є достовірно більша частота переломів у порівнянні з контрольною групою при однаковому механізмі дії пошкоджуючого чинника: у терміні вагітності 22–36 тижнів у 1,5 раза; у терміні вагітності 37–40 тижнів – у 2,5 раза. Цей факт можна пояснити зниженням рівня естрогенів під час вагітності, що призводить до зниження маси кісткової тканини та розвитку остеопенії. Одночасна втрата органічного матрикса і мінеральних речовин сприяє підвищенню ламкості кісток та ризику переломів. Постійно зростаюча потреба в компонентах кісткової тканини для забезпечення нормального формування і розвитку скелета плода значною мірою усугубляє вищевказаний ризик [1-3,7,8].

Узагальнюючи вище викладене, можна констатувати, що вагітність суттєво впливає на перебіг травматичного процесу в постраждалих з політравмою: збільшується ризик виникнення ПН та інфекційних ускладнень зі збільшенням терміну вагітності, виникнення САК спричиняє ранній розвиток ПН, спостерігається відносно нетяжкий перебіг травматичного процесу та його ускладнень, що можна пояснити посиленням альтеруючого компоненту синдрому системної запальної відповіді (SIRS) під впливом гормональної перебудови, підсиленням адаптаційних та саногенетичних реакцій організму жінки під час вагітності. В період 5–12 тижнів у 20,00 % постраждалих політравма не впливає на перебіг вагітності, загроза викиднів виникла у 70,00 %, викидень відбувся у 10,00 %. У терміні 14–21 тиждень вагітність протікала без ускладнень у 20,00 % випадків; загроза викидня спостерігалась у 70,00 %, розрив матки та, відповідно, загибель плода виявлена у 10,00 % постраждалих. В групі 22–36 тижнів вагітність ускладнилась загрозою передчасних пологів у 50,00 % постраждалих, у 20,00 % наступили передчасні пологи, без ускладнень вагітність протікала у 30,00 % постраждалих. В групі 38–40 тижнів вагітності у 50,00 % пацієнток спостерігалось пошкодження матки, у 50,00 % проведено кесарів розтин. Таким чином, отримання травми та травматичний процес суттєво впливає на перебіг вагітності та зумовлює значний ризик її переривання внаслідок як безпосередніх пошкоджень, так і розвитку травматичного процесу.

ВИСНОВКИ: 1. Вагітність суттєво впливає на перебіг травматичного процесу постраждалих жінок з політравмою.

2. ПН у вагітних з політравмою виникає достовірно частіше, ніж у невагітних з аналогічними пошкодженнями внаслідок виникнення синдрому абдомінальної компресії.

3. Ступінь впливу вагітності на перебіг травматичного процесу залежить від терміну вагітності, зростає відсоток поліорганної недостатності та інфекційних ускладнень травматичного процесу із збільшенням терміну вагіт-

ності та одночасно зменшенням показника стандартизованої системи оцінки тяжкості пошкодження.

4. Розвиток ПН вкрай негативно впливає на перебіг вагітності.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.

Планується розробка засобу для транспортування постраждалих з метою попередження ускладнень у вагітних з політравмою.

ЛІТЕРАТУРА

1. В.І. Грищенко. Акушерство. – Х., 2000. – С. 264-277.
 2. З.М. Дубоссарская, Ю.А. Дубоссарская. Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты) – Д., 2008. – С. 76–87.
 3. В.І. Медведь. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. – К., 2010. – 239 с.
 4. Б.П. Лисенко, В.Д. Шейко // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2000. – № 1. – С. 36–40.
 5. «Профілактика тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології» (наказ МОЗ України від 15.06.2007 р. №329 12 с.)
 6. Г.Г. Рошнін, В.О. Крилюк, Н.І. Іскра. Острые и неотложные состояния в практике врача // Диагностика та сучасні алгоритми лікування синдрому абдомінальної компресії //

– urgent/com.ua//cgi-bin/article.pl/119.html.
 7. В.Д. Шейко, Б.Ф. Лысенко, В.Б. Мартыненко и др. // Клінічна хірургія. – 2005. – №6. – С. 20–22.
 8. В.Д. Шейко, В.Б. Мартыненко // Клінічна хірургія. – 2005. – №10. – С. 60–63.
 9. Esposito T.G., Gens D.R., Smith L.G. et al. Trauma during pregnancy – a review of 79 cases // Arch. Surg. – 1991. – Vol. 126. – P.1073–1078.
 10. H.A. Adams und O.Trenz unter Mitarbeit der IAG Schock der DIVI Anaesthesiologie und Intensivmedizin Februar 2007, S.73–97.
 11. Kisainger D.P., Rozycki G.S., Morris J.A. et al. Trauma in pregnancy – predicting pregnancy outcome // Arch. Surg. – 1991. – Vol. 125. – P.1079–1086.

Отримано 26.02.2013