

©Є.А. Лимар

ОРГАНІЗАЦІЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ З ПОЛІТРАВМОЮ: РИЗИКИ І ШЛЯХИ УСУНЕННЯ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України»
Кафедра ендоскопії з малоінвазивною хірургією, урологією, ортопедією та травматологією ФПО*

ОРГАНІЗАЦІЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ З ПОЛІТРАВМОЮ: РИЗИКИ І ШЛЯХИ УСУНЕННЯ. У статті висвітлено важливі підходи щодо організації надання спеціалізованої допомоги вагітним жінкам, які отримали політравму. особливості вибору транспортування залежно від травмогенезу постраждалих вагітних жінок. Оскільки в травмогенезі політравми у вагітних найчастіше спостерігається побутова травма, спричинена: побиттям, тому переважає пошкодження голови та живота шляхом прямого удару. На другому місці дорожно-транспортні пригоди (ДТП), тому спостерігається поєднання травми кінцівок, голови і компресійні пошкодження живота. Катотравма при падінні з висоти призводить до генералізованого пошкодження кісток і внутрішніх органів, що спричиняє переривання вагітності у 70 % випадків у вагітних з політравмою. Вивчення механізму пошкодження при політравмі у вагітних показує наступне: превалує прямий удар, далі катотравма та компресія. Розроблений засіб транспортування вагітних жінок з політравмою, який дає змогу максимально убезпечити від додаткової травматизації при транспортуванні та зменшити ризики переривання вагітності.

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С ПОЛИТРАВМОЙ: РИСК И ПУТИ УСТРАНЕНИЯ. В статье освещены важные подходы к организации оказания специализированной помощи беременным женщинам, получили политравмы. особенностями выбора транспортировки в зависимости от Травмогенез пострадовавших беременных женщин. Поскольку в Травмогенез политравмы у беременных чаще всего наблюдается бытовая травма, вызванная: избивением, поэтому преобладает повреждения головы и живота путем прямого удара. На втором месте дорожно - транспортные происшествия (ДТП), поэтому наблюдается сочетание травмы конечностей, головы и компрессионные повреждения живота. Катотравма при падении с высоты приводит к генерализованного повреждения костей и внутренних органов, что вызывает прерывание беременности в 70% случаев у беременных с политравмой. Изучение механизма повреждения при политравме у беременных показывает следующее: превалирует прямой удар, дальше катотравма и компрессия. Разработан способ транспортировки беременных женщин с политравмой, который позволяет максимально оградить от дополнительной травматизации при транспортировке и уменьшить риски прерывания беременности.

ORGANISATION OF SPECIALIZED CARE FOR PREGNANT WOMEN WITH POLYTRAUMA: RISKS AND BY REMOVING. The article highlights the important approaches to the provision of specialized care for pregnant women who received polytrauma. Particular choice of transport depending on traumogenesis affected pregnant women. Since traumogenesis trauma in pregnancy is most commonly seen household injury caused by: physical abuse, so dominates the abdomen and head injuries by direct impact. The second highest road traffic accidents (RTA), so there is a combination of injuries of the extremities, head and abdominal compression damage. Katotrauma a fall from height leads to generalized damage to the bones and internal organs, causing abortion in 70% of cases in pregnant women with polytrauma. The study of the mechanism of injury in multiple trauma in pregnant women shows the following: prevailing direct hit, then katotrauma and compression. Developed means of transporting pregnant women with polytrauma, which lets you best protect from further trauma during transport and reduce the risk of miscarriage.

Ключові слова: організація допомоги, травмогенез, вагітні жінки, політравма.

Ключевые слова: организация помощи, травмогенез, беременные женщины, политравма.

Key words: organization of care, traumogenesis, pregnant women, polytrauma.

ВСТУП. На сьогоднішній день проблема травматизації є очевидною і її актуальність не тільки не зменшується, але й щороку зростає. Це зумовлене зростанням темпу життя та розвитком науково-технічного прогресу. Причому, дедалі більшим стає відсоток травмованих жінок. Останнім часом травматизм жінок привертає увагу науковців та практичних лікарів. В цивілізованому світі спостерігається зміна гендерної політики, яка активізує роль жінок в суспільстві і, відповідно, веде до зростання ризику їх травматизації. Політравма становить особливу небезпеку, оскільки її розвиток усугубляє перебіг травматичного процесу [1-3]. Важливе місце в проблемі травматизму займає травматизація вагітних жінок. Важливо відзначити, що наслідки травматичних ушкоджень вагітних жінок часто є не тільки прогнозовано тяжкими, але й нерідко непередбачуваними. Це зумовлене багатьма чинниками, які не завжди враховуються при наданні допо-

моги і тому можуть усугубляти перебіг травматичного процесу. Слід враховувати особливості гормональної перебудови під час вагітності, зміну топографії органів черевної та грудної порожнини, збільшення навантаження на органи і системи організму вагітної жінки, перерозподіл крові та підвищене кровопостачання матки [2-6]. У доступних джерелах наукової літератури ми не знайшли інформації щодо забезпечення чіткої організації надання допомоги травмованим вагітним жінкам з політравмою, є лише поодинокі повідомлення щодо клінічного перебігу травматичного процесу у вагітних жінок та майже відсутні наукові дослідження щодо надання медичної допомоги травмованим вагітним жінкам [3-9]. Метою наших досліджень було вивчити та проаналізувати травмогенез вагітних жінок з політравмою, визначити ризики розвитку ускладнень травматичного процесу та розробити комплекс заходів для забезпечення орган-

ізації надання допомоги вагітним жінкам з політравмою.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Нами було досліджено та проаналізовано 76 випадків постраждалих вагітних жінок, які отримали політравму. Аналіз обстеженого контингенту постраждалих включав наступні фактори: дослідження обставин отримання політравми, визначення основних клініко-епідеміологічних характеристик, вивчення травмогенезу політравми у вагітних жінок, що дає змогу прогнозувати перебіг травматичного процесу та визначити ризик його наслідків - це вік пацієнок, термін вагітності, обставини отримання травми, механізм пошкодження. Розроблений комплекс заходів для забезпечення організації надання допомоги вагітним жінкам з політравмою. Зокрема, розроблений пристрій для транспортування травмованих вагітних жінок. Враховуючи обмежену можливість набору пацієнтів, можна вважати даний масив достатнім при рівні вірогідності 5 %. Обробка отриманих даних проводилась за допомогою комп'ютерних технологій.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Виконані нами дослідження виявили наступні особливості: полісистемні пошкодження у вагітних жінок найчастіше спостерігаються у молодих жінок віком 21-30 років – 49 пацієнок, що складає 64,5 %; віком 31-40 років – 16 пацієнок, що становить 21,1 %; віком до 20 років – 11 пацієнок, що становить 14,4 %. виявлені показники співпадають з з показниками фертильності за віковими категоріями згідно даних літератури, проте суттєво відрізняється від показників загального масиву постраждалих з політравмою. За даними наукових досліджень даної категорії постраждалих максимальний пік спостерігається у осіб віком 31-40 років і сягає 35 % [3-9]. Дослідження обстежуваних постраждалих за соціальним становищем виявило наступні показники: найчастіше політравму отримали офіційно непрацюючі вагітні – 46 пацієнок, що склало 60,5 %. Причому, у цих жінок отримання пошкодження не пов'язане з виробничою або іншими видами діяльності. У 33 з них (43,4 %) мало місце побиття, механізм пошкодження у цієї категорії постраждалих – прямий удар (в голову і в живіт). У 13 непрацюючих вагітних (17,1 %) політравма виникла внаслідок ДТП і падіння з висоти. У них спостерігався комбінований механізм пошкодження – прямий удар, компресія і катотравма. 18 травмованих вагітних жінок – службовці, що складає 23,4 %, у них політравма виникла внаслідок ДТП, і, відповідно, механізм пошкодження - прямий удар і компресія. 8 постраждалих вагітних пацієнок – робітники, що склало 10,5 %, травмогенез у цих постраждалих – ДТП і падіння з висоти, тобто механізм пошкодження у цих жінок - прямий удар, компресія і катотравма. 4 пацієнтки - студенти, що становить 5,3 %. Травмогенез у цих жінок – ДТП і суїцид, механізм пошкодження - компресія і катотравма. Особливої уваги заслуговують обставини отримання пошкодження. Близько половини травм спричинена кримінальними діями інших осіб: побиття в 34 випадках, що складає 44,7 %, та згвалтування і побиття в 2 випадках, що становить 2,6 %. Друге місце займають постраждалі внаслідок ДТП: 32 пацієнтки,

що складає 42,1 %. На третьому місці падіння з висоти – 7 випадків, що становить 9,2 %. В 1 випадку була спроба суїциду, що склало 1,3 %. Отримані результати свідчать про суттєву різницю в структурі травмогенезу в порівнянні із загальним масивом постраждалих з політравмою, де перше місце займає побутовий травматизм, а кримінальний травматизм посідає 5-6 місце [4-9]. За результатами наших досліджень за механізмом пошкодження найчастіше виявляється прямий удар – у 64 жінок (84,2 %). Падіння з висоти (катотравма) на другому місці, що спостерігалось у 7 випадках (9,2 %). У 6 випадках (7,9 %) виявився компресійний механізм травми, що теж значно відрізняється від розподілу в загальному масиві, де катотравма має переважне значення і становить біля 50 % [3-9]. Оскільки найчастіше політравма у вагітних спричинена побиттям, переважає пошкодження голови та живота шляхом прямого удару. Причому, прямий удар є серйозним пошкоджуючим чинником в генезі переривання вагітності. Друге місце займають ДТП, в яких найчастіше травмуються вагітні пасажирки і вагітні пішоходи, тому поєднуються травми кінцівок, голови і компресійні пошкодження живота. І знову спостерігається причинний фактор переривання вагітності. Катотравма при падінні з висоти зумовлює генералізоване пошкодження кісток і внутрішніх органів, що призводить до втрати вагітності у 70 % випадків у вагітних з політравмою. Спроба суїциду призводить до тривалої гіпоксії, що зумовлює дистрес плода і може бути причиною внутрішньо-утробної його загибелі без прямого механічного травматичного пошкодження. Слід відзначити, що за механізмом пошкодження при політравмі у вагітних превалює прямий удар, далі катотравма, на останньому місці компресія. Найчастіше політравму отримують вагітні жінки у віці 21-30 років, тобто у найбільш активному фертильному віці. Ми застосовували спеціальний пристрій для транспортування вагітних жінок з місця пригоди, що дало змогу попередити розвиток додаткових пошкоджень під час транспортування до стаціонару. Враховуючи механізм пошкодження при політравмі у вагітних жінок, розроблений комплекс необхідних досліджень для виявлення можливих ускладнень травматичного процесу. Нами розроблений проект протоколу організації надання допомоги вагітним жінкам з політравмою з урахуванням травмогенезу, механізму виникнення травматичного пошкодження та ризику розвитку ускладнень політравми та перебігу вагітності, а також розроблений пристрій для транспортування травмованих вагітних жінок, який дає змогу попередити розвиток додаткових пошкоджень та суттєво підвищує шанси збереження вагітності.

ВИСНОВКИ. 1. Забезпечення максимально щадного транспортування вагітних жінок з політравмою суттєво впливає на результат лікування та сприятливий прогноз виношування вагітності.

2. Розроблений пристрій покращує умови транспортування травмованих вагітних та дає змогу зменшити ризики переривання вагітності у жінок з політравмою.

3. Організація спеціалізованої допомоги залежить від травмогенезу та обставин пошкодження і повин-

на включати медичний, психологічний компоненти та злагоджену дію травматологів та акушерів.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Планується розробка та удосконалення протоколів

надання допомоги на догоспітальному етапі, стаціонарної допомоги та ефективної реабілітації постраждалих вагітних з політравмою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Г.Г. Рошін, 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.
2. В.Д. Шейко, Б.Ф. Лысенко, В.Б. Мартыненко и др. // Клінічна хірургія. - 2005. - №6. - С. 20-22.
3. В.Д. Шейко, В.Б. Мартыненко // Клінічна хірургія. - 2005. - №10. - С. 60-63.
4. С.О.Гур'єв, В.М.Захарчук. Роль показників травмогенезу та стандартизованої оцінки тяжкості стану постраждалих в прогнозі перебігу травматичної хвороби// Травма.-2006.-т.7, №2.-с.177-181.
5. Д.А.Яременко, Е.Г. Шевченко. Дорожно-транспортный травматизм и причины смертности на догоспитальном этапе// Травма.-2006.-т.7, №2.-с.157-161.
6. Коробова С.П. Коробова, С.П. Травмогенез дорожно-транспортных повреждений / С.П. Коробова, М.Г. Кононенко / / Актуальні питання теоретичної медицини. Актуальні питання клінічної медицини. Мікроелементози в клінічній медицині. Actual problems of fundamental and clinical medicine : матеріали науково-практичних конференцій студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів (Суми, 21-23 квітня 2010 року / Відп. за вип. Л.Н.Пристапа. — Суми : СумДУ, 2010. — С. 171.
7. 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.
8. H.A. Adams und O.Trenz unter Mitarbeit der IAG Schock der DIVI Anaesthesiologie und Intensivmedizin Februar 2007, S.73-97.
9. 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 28.02.14