

АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ТЯЖКОЮ ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ

О.А.Ткаченко, Н.М.Барамія, В.О.Крилюк

**Український науково-практичний центр екстреної медичної
допомоги та медицини катастроф, НМАПО
імені П.Л.Шупика, кафедра медицини катастроф
Київ, Україна**

Вступ

Мета дослідження — виявити актуальність питання діагностики та лікування постраждалих з тяжкою поєднаною травмою.

Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз джерел наукової літератури вітчизняних та закордонних дослідників за період 2005-2011 рр. Також вивчено результати лікування постраждалих у відділенні політравми Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Київ.

Результати дослідження та їх обговорення

В останні десятиліття тяжка поєднана травма перетворилася в одну з провідних проблем медицини. Цьому сприяють техногенні та природні катастрофи, локальні військові конфлікти, транспортні та виробничі аварії, криміналізація суспільства. Характерною рисою останніх десятиліть є зміна структури травматизму за рахунок зростання тяжкості ушкоджень і збільшення частки поєднаних і множинних травм, частота яких досягає 55-80%, що обумовлює високу летальність та інвалідизацію осіб молодого працездатного віку. Тяжка поєднана травма є основною причиною смертності населення в більшості країн віком до 34-44 років. За даними літератури, приблизно у 60% постраждалих травма була вкрай тяжкою і стала причиною смерті на місці події, до 6% помирають під час транспортування, і тільки у 30-40% випадках проводиться лікування в стаціонарі. Трав-

ма внаслідок ДТП є причиною смерті у 38,7%, катастрава — у 26,8%, залізничні аварії — в 11,2%, поранення холодною зброєю — у 17,6%, вогнепальною — у 2,4%. Множинні пошкодження зустрічаються у 69% постраждалих, поєднані — у 31,0%. У 73,5% постраждалих відзначається одна безпосередня причина смерті, у 21,6% — дві, у 4,9% — три. Гостра масивна крововтрата є основною причиною летального результату в 43,9%, причому у більшості випадків (37,6%) вона була єдиною причиною смерті, тяжка черепно-мозкова травма — в 25,1%, пневмонія (у тому числі аспіраційна) — у 27,6%.

Пошкодження органів черевної порожнини досягають 36,5% від числа травм мирного часу, а їх частота і тяжкість продовжують прогресивно наростати. У хірургічних стаціонарах постраждалі з травмою органів черевної порожнини складають 1,4-2,5% від числа всіх екстрених хворих.

Незадовільні результати лікування постраждалих пов'язані з відсутністю єдиної хірургічної доктрини надання допомоги при множинній і поєднаній травмі живота, а також із недостатнім знанням хірургів про особливості хірургічної тактики та розвиток порушень при даних ушкодженнях.

З практичної точки зору для загальних хірургів найбільший інтерес представляє поєднана травма живота. Провідними є пошкодження паренхіматозних органів, головним чином печінки і селезінки, судин брижі, що супроводжуються кровотечею в черевну порожнину, далі — травми порожнистих органів і сечового міхура з виходом їх вмісту в черевну порожнину та розвитком перитоніту. У першому випадку у постраждалих відзначається класична картина гіповолемічного (геморагічного) шоку, у другому — перитонеальні симптоми різного ступеня вираженості, що залежить від локалізації та об'єму пошкодження.

Особливий інтерес складає об'єктивна оцінка тяжкості ушкоджень та стану постраждалих, що дозволяє об'єктивізувати тактику лікування в посттравматичному періоді, виробити послідовність надання допомоги, визначити безпечний обсяг виконуваних оперативних втручань, прогнозувати виникнення ускладнень травми та розробляти нові методи їх профілактики та лікування.

Важливим, на думку багатьох дослідників, є вивчення смертності при поєднаних пошкодженнях, її структури та причин. На основі цього можна науково обґрунтувати організаційні заходи щодо вдосконалення медичної допомоги.

До теперішнього часу нове розуміння патофізіологічних механізмів розвитку поліорганної дисфункції при поєднаній травмі не набуло широкого розповсюдження в клінічній практиці. Недостатньо висвітлено в літературі багато питань, пов'язаних з вивченням факторів ризику летального наслідку, можливостей застосування малоінвазивних хірургічних технологій, особливостей формування поліорганної дисфункції, зокрема впливу кишкової недостатності на її розвиток. Крім того, на сучасному етапі розвитку інтенсивної терапії відсутня загальноприйнята програма лікувальної тактики при множинній та поєднаній травмі в залежності від тяжкості стану, кількості уражених систем і специфіки органної дисфункції.

Висновок

Таким чином, тяжка поєднана травма залишається актуальною проблемою хірургії пошкоджень. Існує цілий ряд невирішених питань щодо організації допомоги постраждалим та вибору тактики їх операційного лікування.