

В. М. Денисенко, С. О. Король

ПРО ЄДИНІ ПІДХОДИ ДО КЛАСИФІКАЦІЇ ТЯЖКОСТІ ПОЄДНАНОЇ ТРАВМИ

Українська військово-медична академія,
Міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Київ

Вступ

З огляду на дані літератури, а також власний клінічний досвід, можна зробити висновок про те, що в систематизації різних ушкоджень є певні труднощі. Досі відсутні єдині термінологічні поняття щодо класифікації травм [2; 3; 6].

Відсутність чітких критеріїв провідного ушкодження, змішування понять локалізації ушкоджень і тяжкості травм, оцінки тяжкості травм за анатомо-морфологічними й клініко-патолофізіологічними ознаками призвели до об'єднання в одну групу ушкоджень, однакових за анатомією, але різних за тяжкістю.

Досі немає загальноєвропейської класифікації ушкоджень, тому пацієнта з травмою можна зарахувати до різних класифікаційних груп, і результати лікування травми, у тому числі й тяжкої шокогенної, у різних авторів розрізняються. Усе це негативно позначилося на науковому обліку й аналізі клінічного перебігу травматичної хвороби в різних лікувальних установах України, що у свою чергу не дає можливості зіставити результати дослідження і розробити єдину хірургічну доктрину як мирного, так і воєнного часу [3; 6].

Матеріали та методи дослідження

З метою клініко-патолофізіологічної об'єктивізації так званого ФВО на основі анатомо-функціональної моделі оцінки тяжкості закритої поєднаної травми [1; 4; 5] у 141 потерпі-

лого з тяжкою і вкрай тяжкою поєднаною травмою, у 87 — з ізольованою тяжкою травмою, у 65 — з ізольованою нетяжкою травмою проведено порівняльне комплексне клінічне обстеження, що включає реєстрацію ІРГТ за методикою М. І. Тищенка [9], вивчення коагулограми, загальноклінічних, біохімічних, імунологічних показників крові при надходженні, на 1-шу–3-тю і 5-ту–7-му добу після травми.

Результати дослідження та їх обговорення

На нашу думку, необхідно виділяти такі анатомо-функціональні ділянки: голова, шия, груди, живіт, заочеревинний простір, таз, хребет, кінцівки.

За тяжкістю анатомічних ушкоджень виділяємо: легку травму (безпечну для життя), тяжку травму (небезпечну для життя) і вкрай тяжку травму (критична або термінальна — умовно несумісна з життям).

За тяжкістю поєднаних ушкоджень травми поділяються на такі:

— легка поєднана травма — поєднання кількох нетяжких ізольованих ушкоджень;

— тяжка поєднана травма за домінуючою ознакою — поєднання провідної тяжкої і нетяжкої травми. За тяжкістю провідного ушкодження виділяємо: тяжку поєднану травму голови, шиї, грудей, живота, заочеревинного простору, таза, хребта, кінцівок;

— вкрай тяжку поєднану травму за конкуруючою ознакою (поєднання кількох тяжких ушкоджень) або за домінуючою ознакою (поєднання вкрай тяжкого і нетяжкого ушкодження).

За тяжкістю провідних конкуруючих ознак: вкрай тяжка поєднана травма грудей і живота, живота і голови, грудей і кінцівок, голови і живота тощо. За тяжкістю провідної домінуючої вкрай тяжкої ознаки виділяємо: вкрай тяжку поєднану травму грудей, вкрай тяжку поєднану травму живота, вкрай тяжку поєднану травму шиї, вкрай тяжку травму заочеревинного простору, вкрай тяжку поєднану травму кінцівок, вкрай тяжку поєднану травму голови, вкрай тяжку поєднану травму хребта.

Визначення діагнозу необхідно починати з домінуючого або конкуруючого ушкодження. Потерпілі з тяжкою поєднаною травмою (ТПТ) і вкрай тяжкою поєднаною травмою (ВТПТ) являють найбільш серйозну клінічну проблему, що характеризує якісно новий патологічний стан, який може визначатися як шоковий (критичний) з високою летальністю.

Притаманною рисою критичного стану при поєднаній травмі є зростання частки функціонального компонента в загальній оцінці шокогенності травми, що визначається феноменом взаємного обтяження ушкоджень [1; 7; 8].

Цілком очевидно, що кількісна ідентифікація ТПТ і ВТПТ як форм критичного стану організму, що ґрунтуються на вираженості розладів життєво важливих функцій, являє собою складне завдання.

Тому одним із критеріїв раціонального поділу настільки складного процесу може стати виділення «домінуючого» ушкодження при шокогенній по-



єднаній травмі, тобто виявлення одного з найбільш тяжкого і небезпечного у даний момент ушкодження, що потребує першочергової допомоги.

Комплексна анатомо-функціональна оцінка показників гомеостазу у хворих із тяжкою поєднаною травмою (поєднання тяжкої і нетяжкої ізольованої травми) дозволила зробити висновок про відсутність феномена взаємного обтяження. Тимчасом комплексна анатомо-функціональна оцінка вкрай тяжких ушкоджень (поєднання тяжких ушкоджень двох і більше анатомічних ділянок) статистично відрізнялася від оцінки тяжкості та прогнозу тяжкої ізольованої травми, що дало нам підстави зробити висновок про погіршення показників гомеостазу при вкрай тяжкій поєднаній травмі (феномен взаємного обтяження).

Висновки

1. Вважаємо за необхідне виділення нетяжкої, тяжкої і вкрай тяжкої поєднаної травми.

2. Визначення діагнозу при поєднаній травмі здійснюється з урахуванням тяжкості травми за домінуючою або конкуруючою ознакою.

3. Феномен взаємного обтяження — це патофізіологічна констатація кризи розладів життєво важливих функцій, які розвиваються при тяжких ушкодженнях двох і більше анатомо-функціональних ділянок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурлука В. В. Оценка тяжести и выбор хирургического лечения поврежденной грудинно-реберного каркаса у пострадавших с сочетанной закрытой травмой груди: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — К., 1997. — 21 с.

2. Головня Н. Г. Опыт лечения пострадавших с тяжелой краниоабдоминальной травмой // Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. — СПб., 2001. — С. 31-32.

3. Гуманенко Е. К., Кочергаев О. В., Супрун Т. Ю. Классификация сочетанных травм груди // Там же. — С. 37-38.

4. Денисенко В. М., Бурлука В. В., Бондаренко В. В. Анатомо-функціо-

нальний спосіб прогнозування наслідків для життя у потерпілих з травматичною хворобою // Деклараційний патент України на винахід 62247А. Бюл. № 12 від 15.12.2003 р.

5. *Методологія оцінки тяжкості і особливості хірургічної реанімації при закритій поєднаній травмі* / В. М. Денисенко, Я. Л. Заруцький, В. В. Бурлука, С. О. Король // Зб. наук. праць КМАПО ім. П. Л. Шупика. — Т. 1. — К., 2000. — С. 129-137.

6. *Ерьюхин И. А. Тяжелая сочетанная травма как форма экстремального состояния организма человека* // Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. — СПб., 2001. — С. 45

7. *Король С. А. Лечение переломов бедренной кости у пострадавшего с сочетанной травмой: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.* — К., 2003. — 23 с.

8. *Пашковский Э. В., Гончаров А. В., Гайдук С. В. Характер и причины измененной центральной гемодинамики у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой* // Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. — СПб., 2001. — С. 91-92.

9. *Тищенко М. И. Биофизические и метрологические основы интегральных методов определения ударного объема крови человека: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.* — Л., 1972. — 25 с.

УДК 616-001-031.14+617.542-001-089+616.25-089.48

П. М. Замятін

ВИКОРИСТАННЯ НОВОГО ПРИСТРОЮ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ ГРУДЕЙ У ПОТЕРПІЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

Харківський державний медичний університет

Вступ

Закрита травма грудей посідає особливе місце в хірургії ушкоджень при політравмі. Такі травми супроводжуються ушкодженнями внутрішніх органів грудної порожнини, гемопневмотораксом з розвитком гострої дихальної недостатності (ГДН) і високою летальністю [1].

Прогрес сучасної медичної науки, поліпшення надання

екстреної медичної допомоги, розробка нових хірургічних інструментів змінили ставлення до політравм, які раніше вважалися майже фатальними [2]. Своєчасна оперативна корекція ушкоджень грудної клітки є первинним профілактичним заходом запобігання розвитку ГДН, а значить багато в чому визначає успіх лікування таких потерпілих [3].

При наданні спеціалізованої допомоги хворим із травмою грудей виникає необхідність в евакуації крові, повітря з плевральної порожнини, розправленні легені, вимірюванні внутрішньоплеврального тиску, ендоскопічному дослідженні органів грудної порожнини, внутрішньоплевральному введенні лікарських препаратів, здійсненні реінфузії плевральної крові та ін. [4].

