

Н. Г. Ніколаєва, О. В. Добровольський

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ПОЛІТРАВМОЮ І ТРАВМАТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Одеський державний медичний університет

Проблема політравми та травматичної хвороби в усіх її багатогранних аспектах (понятійні, концептуальні, клінічні, діагностичні, організаційно-лікувальні, реабілітаційні) залишається однією з актуальних у невідкладній медицині [1; 2; 4; 6; 9]. Ніяка інша патологія не потребує такого об'єму спільних дискусій, спільних рішень, спільних зусиль, спільних дій великої кількості фахівців, причому питання організації допомоги потерпілим і розробки алгоритму лікування на всіх етапах медичної допомоги залишаються головними, зокрема у травматології дитячого віку [3; 5; 7; 8].

Мета роботи — визначити оптимальну тактику лікування політравми у дітей.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням у клініці хірургії, ортопедії та травматології дитячого віку Одеського державного медичного університету перебувало 476 дітей з політравмою. При аналізі клінічних спостережень нами використано концепцію політравми та травматичної хвороби [1; 4]. У 281 (59,0 %) пацієнтів була краніоскелетна травма, у 101 (21,2 %) — скелетна, у 50 (10,5 %) — краніовісцеральна, у 44 (9,2 %) — вісцероскелетна, тобто у 89,5 % випадків наявні ушкодження скелета, переважно переломи кісток довгих сегментів, із них у 128 (26,8 %) дітей переломи були відкритими або спостерігалися розповсюджені ушкодження м'яких тканин; 69,5 % потерпілих мали ушкодження голови. Головними причинно-наслідковими чинниками були ДТП і падіння з висоти.

При надходженні дітей до клініки *cito* проводився консилиум з участю ортопеда-травматолога, торакоабдомінального хірурга, реаніматолога (за необхідності — нейрохірурга, уролога, судинного хірурга та ін.) за умов полісистемного клініко-параклінічного обстеження потерпілих (визначення показників центральної та периферичної гемодинаміки, дихання, діурезу, рентгенологічного, сонографічного, урологічного, КТГ обстеження тощо).

Результати дослідження та їх обговорення

Проведено аналіз якості надання першої медичної допомоги при ДТП. Майже 1/3 дітей її не одержували, бо потерпілих евакуювали випадковими транспортними засобами, що, звичайно, супроводжувалося не тільки неякісною іммобілізацією, а і відсутністю такої у 1/8 дітей зі скелетною травмою. Внаслідок цього відзначалося погіршення стану потерпілих.

До клініки переважна кількість дітей надходила з шоком II–III ступеня тяжкості, а 7 пацієнтів — з шоком IV ступеня. Стаціонарне лікування розпочиналось в операційній і проводилося поетапно (рисунок).

У гострому періоді пріоритетним завданням було відновлення та стабілізація життєво важливих функцій організму (протишоккові заходи інтенсивної терапії, профілактика післягіпоциркуляторних ускладнень) із симультанною радикальною діагностикою (виявлення всіх ушкоджень) і проведенням невідкладних (за життєвими показаннями) та термінових оперативних втручань, що потребу-

вало симультанної участі фахівців різного профілю. Загалом у гострому періоді виконано 310 хірургічних втручань; з них лапаротомій та мікролапаротомій — 43, торакотомій — 8, трепанацій черепа — 10, позаосередкових черезкісткових компресійно-дистракційних остеосинтезів — 32, ампутацій — 4. Первинну хірургічну обробку ран і скелетне витягання було проведено відповідно у 111 та 101 випадках, одномоментну закриту репозицію — у 156. У цьому періоді померло 3 хворих з краніоскелетною та краніовісцеральною травмою.

Програму подальших заходів складали відповідно до завдань повної анатомо-функціональної реабілітації пацієнтів, перш за все — психомоторного її аспекту та профілактики гнійно-септичних ускладнень.

У періоді ранніх проявів травматичної хвороби продовжували інтенсивну терапію та вдавалися до відстрочених втручань. На цій фазі змінювалися пріоритети ушкоджених органів і систем: при краніоскелетній та вісцероскелетній травмі домінуючими нерідко ставали проблеми, пов'язані з опорно-руховим апаратом, що потребувало остаточної репозиції на витяганні або конверсії методів лікування (перехід до активної хірургічної тактики, а саме застосування відкритої репозиції, методу Ілізарова). У цьому ж періоді здійснювали активне лікування м'якотканних ушкоджень (різноманітні пов'язки, лаважі, некректомії, гнотобіологічна ізоляція, вуглекислотна лазерна обробка тощо).

Протягом перших 7 діб на фоні поліорганної недостат-



ності померло ще 6 потерпілих, але найчастіше на 5–7-му добу хворих з реанімаційного відділення переводили до профільних (щодо домінуючого ушкодження) відділень, де проводили інтенсивну терапію з участю фахівців різного профілю.

Період пізніх проявів травматичної хвороби у дітей характеризувався перш за все проблемами, пов'язаними з ушкодженнями скелета, м'яких тканин, головного мозку та маніфестацією травматичної хвороби. На цьому етапі шпитальної допомоги видаляли некротизовані кісткові тканини, здійснювали шкірну та кісткову пластику. За умов дефектів кісток і м'яких тканин (при ушкодженні кінцівок) перевагу віддавали методу Ілізарова, що забезпечувало не тільки оптимальні умови для лікування розповсюджених м'якотканинних дефектів й дозволяло виконувати симультанні реконструктивні кістково-пластичні втручання (полілокальний, транспозиційний остеосинтез). Кількість хворих на тяжку травматичну хворобу (астенічний синдром, гарячка, порушення імунобіологічного стану, стійка анемія тощо) становила 39 (8,0 %) випадків і переважно це були діти з тяжкими ушкодженнями кісток трьох і більше сегментів; у 2 пацієнтів виник сепсис. Такий порівняно невеликий відсоток потерпілих з маніфестованою травматичною хворобою, на нашу думку, пояснюється високими пластичними якостями та компенсаційною здатністю дитячого організму.

Під час реабілітаційного періоду в основному розв'язувалися нейроортопедичні проблеми, здійснювалося відновлення загального стану потерпілих із травматичною хворобою.

Хірургічної корекції у цей період реабілітації потребували 25 (5,2 %) пацієнтів. Терміни оперативних втручань були різноманітними і залежали від ступеня виразності наслідків

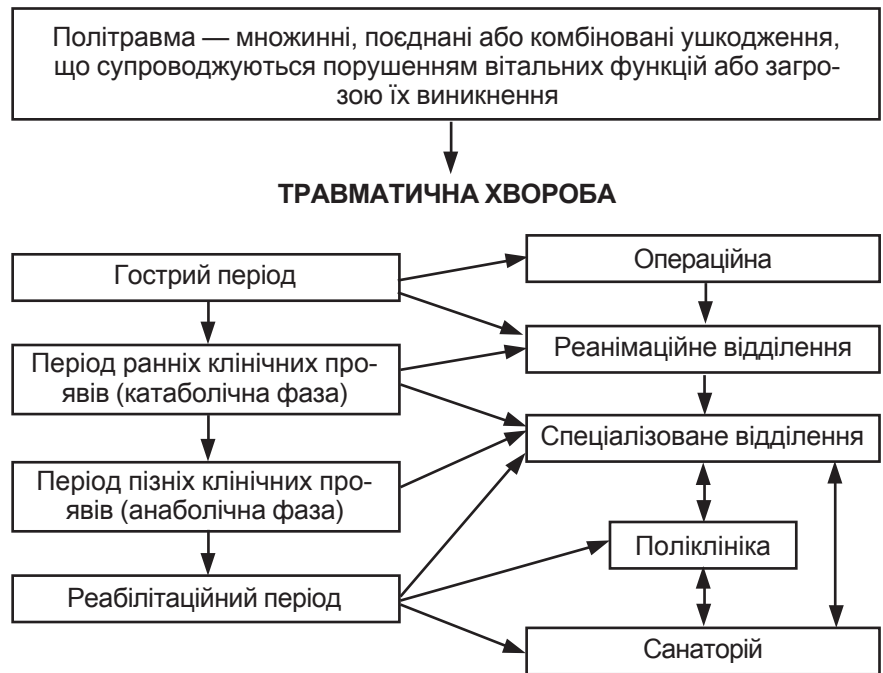


Рисунок. Концептуальна схема політравми та етапів спеціалізованої медичної допомоги

травматичних ушкоджень — позашпитальні етапи чергувалися із шпитальними (корекція вкорочень і деформацій кінцівок, хірургічні втручання при органічних неврологічних та трофічних розладах, операції при дерматодесмогенних контрактурах). Позашпитальне лікування проводилося у поліклініках і санаторно-курортних закладах. Загалом було одержано 90,1 % добрих результатів.

Як свідчить наш досвід, політравма є багатогранною проблемою, потребує чіткої організації лікувальних заходів, спільних зусиль фахівців різного профілю на всіх етапах медичної допомоги. Клінічна база кафедри хірургії, ортопедії та травматології дитячого віку (обласна дитяча клінічна лікарня) відповідає цим вимогам, бо дозволяє оперативнo симультанно вирішувати невідкладні, термінові, поточні та перспективні завдання медичної допомоги дітям з полісистемними та поліорганными ушкодженнями. Подальше поліпшення результатів лікування політравми та травматичної хвороби у дітей вбачаємо у створенні спеціалізованого відділення політравми або принаймні у виділенні

окремих ліжок для цього контингенту потерпілих.

Висновки

1. Політравма є багатогранною проблемою і її розв'язання потребує не тільки чітких організаційних заходів, а й співпраці фахівців різного профілю, тобто симультанного підходу.

2. Концептуальні підходи до політравми та травматичної хвороби сьогодні адекватні, але питання виконання симультанних хірургічних втручань у гострому періоді травматичної хвороби потребують обговорення щодо умов виконання (рівень шпиталю, кваліфікація фахівця, стан потерпілого, тяжкість ушкодження та ін.)

ЛІТЕРАТУРА

1. Гур'єв С. О. Полісистемні та поліорганны ушкодження — проблеми загальної концепції // Зб. наук. праць 13-го з'їзду ортопедів-травматологів України. 12–14 вересня 2001 р., Донецьк. — С. 21-23.

2. Пути повышения эффективности лечения больных с тяжелой механической травмой / В. Г. Климовицкий, О. Г. Калинин, Е. И. Гридасова и др. // Там же. — С. 15-18.

3. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий при сочетанной травме у детей / Е. П. Кузнецких, В. П. Немсадзе, О. С. Горбачев, Д. Ю. Выборнов // Политравма



у дітей: Тез. докл. Всерос. симп. дет. хирургів. — Самара, 2001. — С. 57-58.

4. Ніколаєва Н. Г. Концепція політравми та травматичної хвороби з погляду педіатричного хірурга // Одес. мед. журнал. — 2002. — № 4. — С. 85-88.

5. Структура, особливості клінічної картини і тактика ведення хворих з краніоскелетною травмою / В. Г.

Полторацький, І. З. Яковцев, С. В. Ринденко, О. Л. Чернов // Травма. — 2003. — № 5. — С. 526-529.

6. Тактика лечения больных с политравмой на ранних этапах травматической болезни / И. В. Тамара, А. И. Швец, В. Ю. Худобин и др. // Ортопед. травматология. — 1996. — № 4. — С. 36-39.

7. Ceck T., Stoica C. Multiple limb injury — simultaneous approach //

European Journal of Trauma. — 2002. — N 1. — P. 185.

8. Gajdobranski D., Petrovic Z., Maric D. Skeletal Trauma in Children // European Journal of Trauma. — 2002. — N 1. — P. 210-211.

9. Mauschitz R., Grasso M., Zeithgob O. Emergency room algorithms in the early management of multiply injured patients // European Journal of Trauma. — 2002. — N 1. — P. 147.

УДК 616.36/.37+616.411]-001-089

М. П. Павловський, І. Р. Трутяк, І. Д. Герич

ТРАВМАТИЧНІ УШКОДЖЕННЯ ПАРЕНХІМНИХ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ: ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Вступ

Удосконалення організації передшпитальної протишокової допомоги сприяло появі нової категорії потерпілих, які раніше, зазвичай, гинули на попередніх етапах. Це травмовані з масивною крововтратою і шоком. Особливою є група пацієнтів з ушкодженнями паренхімних органів (УПО) черевної порожнини, які в умовах поєднаної травми обтяжують стан й ускладнюють діагностику та лікування потерпілих. Незадовільні результати лікування цієї категорії травмованих пов'язані також з відсутністю єдиної доктрини дій хірургічно-реанімаційної бригади і недостатньою обізнаністю загальних хірургів з особливостями лікування пацієнтів з масивною крововтратою, у стані шоку.

Мета роботи — аналіз клінічних спостережень й розробка стандартизованої хірургічної тактики при УПО черевної порожнини.

Матеріали та методи дослідження

Проведено лікування 162 хворих з УПО черевної порожнини (129 чоловіків і 33 жінки), 86,65 % із них були віком до 50 років. У 108 потерпілих під-

тверджено закриту травму, а у 54 — проникні поранення (6 — вогнепальних). Більшість пацієнтів госпіталізовано в перші години після травми. У потерпілих із закритою травмою переважав прямий її механізм: удар у живіт або в поперек, дорожньо-транспортна пригода, падіння з висоти. Ізольовані УПО діагностовано у 26,54 % травмованих, а множинні ушкодження органів черевної порожнини і поєднану травму — у 73,46 %. У 28 пацієнтів було ушкоджено три органи, у 14 — чотири. Окрім цього, у 38 хворих ушкоджено судини брижі, сальника і заочеревинного простору. Об'єм крововтрати до 1 л був у 49 пацієнтів, від 1 до 2 л — у 74 і більше 2 л — у 39 травмованих. Шок I ступеня відзначено у 37 хворих, II ступеня — у 82, III ступеня — у 26; 17 пацієнтів надійшло у термінальному стані.

Результати дослідження та їх обговорення

Головною ознакою УПО є кровотеча у черевну порожнину. Тому загальні та місцеві ознаки внутрішньої кровотечі, а також шок, які розвинулися після травми живота, є вірогідними синдромами УПО або ушкодження судин брижі, сальника або заочеревинного простору.

Стратегічною метою першої години стаціонарного лікування пацієнтів з УПО є запобігання раптовій смерті. Вибір діагностично-лікувальної програми залежав від стану гемодинаміки пацієнта. Пацієнти із нестабільною гемодинамікою відразу надходили до операційної. Одночасно із протишоковими заходами їм виконували фізикальне обстеження, рентгенографію грудної клітки, живота і таза, лапароцентез, катетеризували сечовий міхур; при підозрі на гемо- або пневмоторакс пунктували плевральну порожнину. Терміновість операційного втручання визначали за результатами цих досліджень.

Пацієнтам зі стабільною гемодинамікою проводили всебічне обстеження: зокрема ультрасонографію (УСГ), макро- і мікроскопічне дослідження вмісту із черевної порожнини. За допомогою УСГ можна виявити навіть невелику кількість вільної рідини в животі, знизити потребу в інших дорожчих методах дослідження, таких як комп'ютерна томографія [1]. У наших дослідженнях чутливість і специфічність методу становила 93 %. За допомогою УСГ діагностували розрив селезінки двома етапами, внутрішньопечінкові гематоми. Нижчою є чутливість УСГ для

