

В. Г. Полторацький

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОЇ КРАНІОТОРАКАЛЬНОЇ ТРАВМИ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ

Наприкінці ХХ—на початку ХХІ ст. науково-технічний прогрес, прискорення темпу та ритму життя, збільшення різних видів транспорту, швидкості пересувань, значний ріст кількості багатоповерхових будинків нестримно ведуть до зростання кількості поєднаних і множинних ушкоджень. Останнім часом ця проблема в Україні набуває глобального характеру. В загальній структурі травм мирного часу частка поєднаних ушкоджень становить 15–35 % [1] і їх відсоток нестримно зростає [2].

Сьогодні ушкодження органів грудної клітки посідають третє місце після травм опорно-рухового апарату та черепно-мозкової травми (ЧМТ). Летальність при тяжкій травмі грудей залишається високою (від 10 до 35 %) [3]. Поєднана черепно-мозкова травма (ПЧМТ) є найбільш частим видом поєднаних ушкоджень. Вона вирізняється особливою тяжкістю клінічних проявів, високою летальністю та частотою післятравматичних ускладнень, складністю діагностики ЧМТ і позачерепного компонента та лікування. Згідно з даними літератури, цей вид ушкоджень трапляється у 70–83,4 % серед усіх випадків поєднаних ушкоджень [1]. Поєднана краніоторакальна травма (ПКТТ) є одним з найчастіших видів ПЧМТ.

Висока смертність, глибока інвалідизація, тривала реабілітація хворих, що вижили, висувують проблему тяжкої ПЧМТ в один ряд з найактуальнішими медичними та соціально-еко-

номічними проблемами нашого сторіччя.

Метою нашого дослідження було вивчення епідеміології, особливостей клінічного перебігу, тактики ведення хворих із ПЧМТ.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано історії хвороби 622 хворих із ПКТТ, що перебували на лікуванні у відділенні політравми Харківської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. О. І. Мещанінова за період з 1994 по 2002 рр.

Відділення політравми Харківської лікарні швидкої допомоги надає цілодобову допомогу хворим з поєднаними ушкодженнями. У штаті відділення є загальні хірурги, нейрохірурги, реаніматологи, травматологи.

Аналіз здійснювався за такими показниками: ступінь тяжкості ЧМТ та торакальної травми, гендерні відмінності, причини краніоторакальних ушкоджень, наявність або відсутність алкоголю в крові потерпілих, час, що минув з моменту травми до надходження хворого в стаціонар, рівень свідомості у хворих під час надходження до лікарні, наявність або відсутність переломів черепа, шоку. Проаналізовано особливості клінічного перебігу та тактику ведення хворих з ПЧМТ.

Краніоторакальні ушкодження виявлено у 18,3 % потерпілих з ПЧМТ, що узгоджується з даними інших досліджень.

До легких ушкоджень грудної клітки та її органів відповідно до шкали ISS були зараховані: забиття грудної клітки, забиття грудини, неускладнені

переломи 1–3 ребер, перелом грудини; до легкої черепно-мозкової травми (ЧМТ): струс головного мозку й забиття мозку легкого ступеня; до тяжких ушкоджень грудної клітки та її органів: забиття легені, розрив легені, множинні переломи ребер, гемо- та пневмоторакс, гемопневмомедіастеном, забиття серця, до тяжкої ЧМТ — забиття головного мозку середнього і важкого ступеня та стиснення головного мозку.

За тяжкістю поєднаних хворих були розподілені таким чином: легка ЧМТ — легка торакальна травма — 38,3 %, легка ЧМТ — тяжка торакальна травма — 38,5 %, тяжка ЧМТ — легка торакальна травма — 3,5 %. Частка хворих із тяжкою ЧМТ та тяжкою торакальною травмою становила 19,7 %, причому смертність у цій групі хворих дорівнювала 61,15 %.

Чоловіків з ПКТТ було 81,4 %, жінок — 18,6 %.

Внаслідок ДТП травму дістали 33,1 % потерпілих, причому 32,5 % з них — водії та 46,6 % — пішоходи; внаслідок побиття — 42,3 % хворих, через падіння з висоти — 10,6 % тих, хто звернувся по медичну допомогу.

У стані алкогольного сп'яніння перебували 20,7 % потерпілих, а у структурі тяжкої ЧМТ і тяжкої торакальної травми цей показник сягає 30,3 %, у померлих цієї групи — 35,1 %.

Протягом першої години після травми по допомогу звернулися 38,4 % потерпілих, ще 23,6 % — протягом 3 год з моменту травми.

Потерпілі найбільш працездатного віку (19–50 років) становили 64,7 %.



У хворих з легкою ЧМТ, поєднаною з ушкодженнями грудної клітки та її органів, струс головного мозку виявлявся у 92,5 % випадків, забиття головного мозку легкого ступеня — у 7,5 %. При тяжкій ПКТТ забиття головного мозку середнього ступеня відзначалося у 26 % випадків, забиття головного мозку тяжкого ступеня — у 37,3 %. Стиснення головного мозку виявлено у 4,9 % хворих, а поєднання забиття та стиснення головного мозку — у 31,7 %.

Переломи черепа виявлено у 10,5 % хворих із ПКТТ. Серед потерпілих із тяжкою ЧМТ переломи були виявлені у 45,8 % випадків: у 41,5 % це переломи склепіння черепа, у 18,5 % — переломи основи черепа. Поєднання переломів основи та склепіння черепа спостерігалось у 40 % спостережень. Втиснуті переломи черепа різної локалізації виявлено у 10,5 % хворих.

В ясній свідомості на момент надходження перебувало 81,8 % потерпілих, приглушення було у 8,2 % хворих, сопор — у 5 %, пригнічення свідомості аж до коми — у 5 %.

У жодного з хворих у групі з тяжкою ЧМТ і легкою торакальною травмою не було шоку, а у групі з тяжкою торакальною та легкою ЧМТ шок був у 2 % хворих. При тяжкій ЧМТ і тяжкій торакальній травмі шок траплявся в п'ять разів частіше (10,7 % випадків).

Множинні переломи ребер виявлено у 35,3 % хворих із тяжкою ПКТТ, ще у 35,3 % потерпілих множинні переломи ребер були поєднані з забиттям або розривом легень. У 18,5 % потерпілих забиття або розрив легень спостерігався без порушення цілості каркаса грудної клітки. Перебіг травми грудної клітки був ускладнений гемо- або пневмотораксом у 35,3 % хворих, з приводу чого їм було виконано дренивання плевральної порожнини.

Майже половині хворих з тяжкою ПКТТ (48,7 %) було проведено вилучення внутрішньочерепних травматичних утворень, серед яких 46,6 % — субдуральні гематоми.

Перебіг травматичної хвороби був ускладнений пневмонією у 25,6 % хворих із легкою ЧМТ і тяжкою торакальною травмою та у 41,3 % хворих з тяжкою ЧМТ і тяжкою торакальною травмою.

Результати дослідження та їх обговорення

В результаті проведеного аналізу були виявлені такі особливості клінічного перебігу ПКТТ.

У всіх хворих внаслідок травми грудної клітки спостерігалось різного ступеня порушення периферичного дихання, яке пов'язане з больовим синдромом при переломах ребер, грудини (навіть при забиттях грудної клітки без порушення цілості їх каркаса хворі обмежували екскурсію грудної клітки при вдиху у зв'язку з вираженим больовим синдромом). При ушкодженнях легень порушення дихання пов'язано з обтурацією бронхів і трахеї кров'ю та слизом.

Порушення периферичного дихання призводить до розвитку гіпоксії, зниження постачання мозку киснем, що спричинює виникнення або збільшення набряку мозку, який виник на фоні ЧМТ. Гіпоксія порушує діяльність дихального центра, що позначається на функції зовнішнього дихання і призводить до виникнення «хибного кола». За наявності шоку або крововтрати пригнічення функції дихання особливо виразне, розвивається за більш короткий проміжок часу.

Підвищують тяжкість ЧМТ порушення функції серцево-судинної системи, пов'язані не тільки з крововтратою, а й з прямою травмою серця, яка відзначається при травмі грудей, що перебігає як інфаркт

міокарда (забиття серця було виявлено та підтверджено при електрокардіографії у 24 % хворих із тяжкою ПКТТ).

Висновки

Високий відсоток післятравматичних запальних ускладнень призводить до більш тяжкого перебігу ЧМТ і збільшує термін одужання хворих.

Ушкодження органів грудної клітки та її каркаса, гіпоксія часто призводять до виникнення симптомів, схожих на симптоми при ЧМТ (анізокорія, психомоторне збудження), що ускладнює диференційну діагностику ЧМТ.

Після краніоскелетної травми ПКТТ є найрозповсюдженішим видом поєднаних ушкоджень, який потребує особливої уваги хірургів, нейрохірургів і реаніматологів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лебедев В. В., Крылов В. В. Неотложная нейрохирургия. — М.: Медицина, 2000. — 568 с.
2. Метод комбинированного торакоскопического восстановления костного каркаса груди при сочетанных повреждениях / В. Н. Ельский, В. Г. Климовский, Д. М. Длугокланский и др. // Сб. науч. тр. 13-го съезда ортопедов-травматологов Украины. — К.; Донецк: Либідь, 2001. — С. 62-63.
3. Жестков К. Г. Хирургическая тактика при травме органов грудной клетки // Новости медицины и фармации. — 2002. — № 21-22. — С. 24-29.

