

ПРОГНОЗУВАННЯ ШОКОГЕННОСТІ МЕХАНІЧНОЇ ТРАВМИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

Шкатула Ю. В., Бадіон Ю. О.

Медичний інститут, Сумський державний університет, м. Суми, Україна.

Збільшення рівня травмонебезпечності довкілля, зростання питомої ваги високоенергетичних травм призвело до збільшення у загальній структурі травматизму питомої ваги полісистемних та поліорганних пошкоджень.

За даними ВООЗ, щоденно у результаті травм гине близько 16 тисяч постраждалих, щорічно – 300 тисяч осіб працездатного віку, а 7–8 млн. стають інвалідами. За останні 10 років смертність унаслідок травм в Україні збільшилась на 38,7%. За даними МОЗ України, від травм гине від 31 до 44 тисяч осіб, з них 20–25% в результаті поєднаної травми.

Основними причинами смерті постраждалих з важкими механічними травмами є гостра, масивна крововтрата, що призводить до циркуляторно-метаболічних порушень та поліорганної недостатності, та порушення центральної регуляції вітальних функцій, зумовлене черепномозковою травмою.

Метою роботи є підвищення ефективності догоспітальної допомоги постраждалим з шокогенними механічними пошкодженнями шляхом оптимізації лікувально-діагностичного процесу в гострому періоді травматичної хвороби.

Для проведення дослідження проаналізовано характеристики надання догоспітальної медичної допомоги 110 особам з полісистемними та поліорганними пошкодженнями. Середній вік постраждалих склав $35,6 \pm 1,45$ років.

Масив спостереження склали дві групи: перша група – пацієнти, що вижили (лікування яких закінчилося повним або частковим одужанням) і друга група – постраждалі, що померли. У першу групу увійшло 94 випадки полісистемних та поліорганних пошкоджень, у другу – 16 постраждалих, загальний масив вивчення – 110 спостережень.

У результаті розподілу масиву дослідження згідно видів травматизму встановлено, що найчастіше постраждалі травмувалися під час дорожньо-транспортних пригод – 52,7 % (n=58), у побуті та на вулиці – 33,6 % (n=37), унаслідок злочинних дій – 8,2 % (n=9), та на виробництві – 5,5 % (n=6).

Нами було отримано інформацію, що у постраждалих, які вижили, на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах шок, як складова попереднього та клінічного діагнозів зустрічався в 5,3% випадків. У той же час, у постраждалих, що загинули унаслідок травматичних ушкоджень (проаналізовано 16 випадків) геморагічний чи травматичний шок зафіксований як складова 68,8% усіх посмертних діагнозів. Вищевказане свідчить про необ'єктивну оцінку тяжкості стану постраждалих з важкою політравмою.

Встановлено, що при використанні загальноприйнятних стандартизованих систем оцінки тяжкості стану, що ґрунтуються на урахуванні змін гемодинамічних показників (індекс шоку (Allgöwer M., Burti, 1967), індекс травми (Trauma index, Kirkpatrick J. R., 1967), шкала оцінки тяжкості травми (Trauma Score Champion, 1981)), достовірної прогностичної інформації не було отримано. Відсоток діагностичних помилок складав від 44,7 % до 89,4 %. Цей факт можна пояснити тим, що найбільш важлива і рання компенсаторна відповідь організму на крововтрату у вигляді мобілізації крові з кров'яних депо, мобілізації рідини у судинне русло з периваскулярних просторів, перерозподілі крові шляхом веноконстрикції, збільшення серцевого викиду і коефіцієнта утилізації кисню створюють можливості для збереження адекватної тканинної перфузії життєво важливих органів.

Унаслідок дії механізмів компенсації зниження артеріального тиску, що є найбільш вірогідним симптомом травматичного шоку, відбувається не зразу, навіть в умовах вираженої гіповолемії, з подальшим лавиноподібним, а часто і незворотнім, зривом

компенсаторних механізмів з розвитком циркуляторно-метаболических порушень і дестабілізацією життєво важливих функцій.

На практиці, шок діагностується лише при критичному рівні систолічного тиску та проявах поліорганної недостатності, що не характерно для оборотної, компенсованої стадії циркуляторного шоку.

Все вищевикладене дозволило нам прийти до висновку, що будьякий постраждалий з поліорганними та полісистемними ушкодженнями повинен потенційно розглядатися як загрозований у плані виникнення травматичного шоку. Наявність шокогенних пошкоджень або їх поєднання потребує проведення профілактичної терапії незалежно від показників гемодинаміки у травмованій особі.

Вважаємо за необхідне відпрацювання діагностичних критеріїв ймовірності розвитку циркуляторно-метаболических порушень у постраждалих з поліорганними та полісистемними ушкодженнями у гострому періоді травматичної хвороби.