

კრანო-აბდომინალური შერწყმული ტრავმები

ა. პაჭკორია, ვ. პაჭკორია, ო. მინდიაშვილი, ა. გვალია, ვ. ბერაია, გ. კვაჭაძე, ნ. ზარიძე

სამხედრო-საზღვაო ძალების ფოთის ჰოსპიტალი

ბოლო პერიოდში საგრძნობლად გაიზარდა ინტერესი შერწყმული ტრავმების შესახებ, რაც დაკავშირებულია დაზიანებათა რაოდენობის მატებით, ინტენსიური ურბანიზაციის შედეგად, დაზიანებათა საშუალებების მატებით, მრავალსართულიანი შენობების აგებით. პოლიტრავმის საკითხებზე გამოქვეყნებულია მრავალი ნაშრომი, რომელიც ეხება დაშავებულთა კლინიკის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის საკითხებს, მაგრამ განსახილველი პრობლემა ჯერონად არაა მოგვარებული.

ჯანმოს მონაცემებით, მძიმე მექანიკური დაზიანებები, რომლებიც გახდა სიკვდილის მიზეზი, იკავებს მესამე ადგილს, გულ-სისხლძარღვთა და ონკოლოგიური დაავადებების შემდეგ და ტენდენცია გააჩნია მატებისაკენ, ხოლო ახალგაზრდა ასაკის (25-40 წ) პირებს შორის პირველ ადგილზეა ვ. ონდარენკო, 1996.

ჯანმოს სტატისტიკური მონაცემებით, ტრავმების შედეგად, ყოველწლიურად, იღუპება 300000 შრომისუნარიანი ადამიანი [7, 12]. სევე, უკრაინაში ტრავმას დებულობს 2 მილიონამდე ადამიანი, აქედან 30000 იღუპება [1, 5, 11]. ი. გორშკოვის (1986), აზრით, კრანო-აბდომინალური ტრავმები მიეკუთვნება დაზიანებათა ურთულეს კატეგორიას და ლეტალობა აღწევს 63%.

დაზიანების გადაუდებელი ქირურგიისა და ინტენსიური დახმარების პრობლემას მიექდვნა XII საერთაშორისო კონგრესი. გადაუდებელი ქირურგიის ევროპული ასოციაციის პირველი კონგრესი, რომელიც ჩატარდა ნორვეგიაში (ოსლო, 1995), უკრაინის ტრავმატოლოგ-ორთოპედთა XIII ყრილობა (დონეცკი, 2001), პოლიტრავმატოლოგთა სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია (კიევი, 2002) [1, 2, 5, 9].

შერწყმულ ტრავმებად იწოდება სხეულის პირობითად გამოყოფილი ორი ან მეტი ანატომიური ნაწილის ერთმომენტის დაზიანება. ი. ერიუხინის (1996) მონაცემებით, თანამედროვე სამხედრო მოქმედებების სტრუქტურაში, შერწყმული ტრავმა შეადგენს 27-30%-ს. მშვიდობიან პერიოდში ამ მონაცემებს შეესატყვისება შერწყმული ტრავმების რაოდენობაც, რომელიც აერთიანებს საწარმოო, სატრანსპორტო, საყოფაცხოვრებო და კრიმინალურ ტრავმებს. განმასხვავებელი თავისებურება მძიმე, შერწყმული ტრავმებისას ის არის, რომ ყალიბდება თავისებური ფენომენი (სინდრომი) დაზიანებათა „ურთიერთდამძიმების“,

განპირობებული პათოგენეტიკური მექანიზმების სინერგიული ურთიერთქმედებით, დაკავშირებული დაზიანებულ ორგანოებთან და სისტემებთან, რომლებიც ეკუთვნის სხვადასხვა ანატომიურ ნაწილს. ამ ფენომენის განვითარების შემდეგ, გართულებათა წარმოქმნის საშიშროება დროდადრო იზრდება და სამკურნალო პროცესის ძირითად ამოცანას წარმოადგენს „ურთიერთდამძიმების“ მექანიზმის შეწყვეტა. გ. ციბულიაკისა (1995) და ი. ერიუხინის (1996) აზრით, შერწყმული ტრავმების დროს „ურთიერთდამძიმების“ სინდრომის ძირითად გამოვლინებას წარმოადგენს ტრავმული დაავადება. ეს უკანასკნელი არა დამოუკიდებელი ნოზოლოგიური ფორმაა, არამედ კლინიკურ-პათოგენეტიკური კატეგორიაა, რომელიც იძლევა მძიმე შერწყმული ტრავმის დინების, მის საბოლოო გამოსავლამდე ანალიზის საშუალებას.

ა. ტრეშინსკისა (1995), ნ. ტუტჩენკოს (2002) მონაცემებით, ყველა სხვა მექანიკურ დაზიანებებს შორის, შერწყმული და მრავლობითი დაზიანებები შეადგენს 17-30%-ს. მძიმე ტრავმები, რომლებიც მიღებულია ტრანსპორტით და სიმაღლიდან ვარდნის შედეგად, ყველა შერწყმულ დაზიანებებს შორის, შეადგენს 91%-ს [2, 5, 8, 11].

კრანო-აბდომინალური ტრავმების ძირითად მიზეზებს წარმოადგენს ავტოსაგზაო შემთხვევები 47-დან 80%-მდე, სიმაღლიდან ვარდნა 70-დან 83,5%-მდე, საყოფაცხოვრებო ტრავმა – 9%-ს, საწარმოო ტრავმა – 15-20%-ს [6, 12, 15].

ო. მაზურენკო, (1997) მონაცემებით, მუცლის ღრუს დახურული ტრავმებისას, პარენქიმატოზული ორგანოების დაზიანება გვხვდება 2-ჯერ უფრო მეტად, ვიდრე ღრუ ორგანოების. მუცლის ღრუს ორგანოების შერწყმული ტრავმებისას, პარენქიმატოზული ორგანოების დაზიანება გამოვლინდა 57,6%-ში, ხოლო ღრუ ორგანოების - 42,4%-ში.

კრანო-აბდომინალური ტრავმების დროს, თავის ტვინისა და ქალა ძვლების დაზიანება გვხვდება 89,4% შემთხვევაში [4, 8, 9]. გ. ლუპანოვის (1982) მონაცემებით, შერწყმული ტრავმებისას 58,8%-ში ჭარბობს თავის ტვინის მძიმე დაზიანება, რომელიც 90% დაშავებულებში ერწყმის მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანებას.

მძიმე კრანო-აბდომინალურ ტრავმებს თან ერთვის ტრავმული შოკი, მას სხვა დაზიანებებისაგან გააჩნია თვისობრივი განსხვავება და უკავია ერთ-ერთი პირველი ადგილი გართულებებისა და ლეტალობის რიცხოვნობით, რომელიც აღწევს 32-80% [1, 3, 12], ხოლო ძალიან მძიმე ტრავმებისას 96%-ს [1, 2, 9, 14].

დადგენილია, რომ შერწყმული ქალა-ტვინის ტრავმების დროს, თავის ტვინის დაზიანება არ აფერხებს შოკის განვითარებას, ის განსხვავდება ზოგადად მიღებული სურათიდან და მიმდინარეობს რა ცნობიერების დარღვევით,

დამოკიდებულია თავის ტვინის დეროვანი ნაწილების დაზიანების დონეზე, თანახმად ვიტალური ფუნქციების უხეში დარღვევა [6, 13, 15].

მრავლობითი და შერწყმული დაზიანებების მქონე დაშავებულებში, როგორც წესი, ვითარდება ტრავმული და ჰიპოვოლემიური შოკის მოვლენები. მძიმე შოკური მდგომარეობა გვხვდება 4-ჯერ უფრო მეტად, ვიდრე იზოლირებული ტრავმებისას [2, 14]. მრავლობითი და შერწყმული ტრავმებისას შოკი ვლინდება 26-85,5%-ში [3, 10, 15].

იზოლირებული ქალა-ტვინის ტრავმებისას შოკი ვითარდება 1-1,5%-ში, ხოლო შერწყმული ტრავმების შემთხვევაში – 21-61%-ში. შერწყმული ტრავმებისას შოკს ხშირად გააჩნია მეორადი ხასიათი, რომელიც რთულად ექვემდებარება თერაპიას, ვიდრე დაშავებულებში ქალა-ტვინის ტრავმის გარეშე [4, 3, 10, 13].

კრანო-აბდომინალური ტრავმების დინამიკაში შეგვიძლია ვიხილოთ ტრავმული დაავადების ყველა სტადია. პირველადი რეაქციის პერიოდი (ორ დღემდე); მეორე – ადრეული გამოვლენის პერიოდი (2-14 დღე); მესამე – გვიანდელი გამოვლენის (14 დღეზე მეტი); მეოთხე – რეაბილიტაციის პერიოდი. პირველ ორ პერიოდში ხდება ჰემოდინამიკის ცვლილებები, აგრეთვე, იცვლება მეტაბოლიზმი, იმუნიტეტი, კოაგულაციის სისტემა, ვითარდება გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის გართულებები. ჰომეოსტაზის ეს დარღვევები განისაზღვრება დაზიანების სიმძიმით, ლოკალიზაციითა და ვლინდება შესაბამისი კლინიკური სურათით [10, 12, 14].

მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების სიმპტომები შესაძლოა არ ვლინდებოდეს ან სურათი იყოს წაშლილი, ან პირიქით შეიძლება გამოვლინდეს „მწვავე მუცლის“ სიმპტომატიკა მაშინაც, როცა მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანება არ დასტურდება [7, 11, 13].

კრანო-აბდომინალური ტრავმების სიმძიმე განპირობებულია კომატოზური მდგომარეობის განვითარებით, ტვინის სტრუქტურის დარღვევით, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს მუცლის კუნთების ტონუსის მგრძობელობის შეცვლა და შინაგანი ორგანოების ცენტრალური რეგულაციის დარღვევა [8, 11, 16]. ჰიპოქსია, რომელიც ვითარდება სისხლდენისა და შოკის შედეგად, ართულებს ქალა-ტვინის ტრავმის მიმდინარეობას, იწვევს კომატოზური მდგომარეობის გაღრმავებას და მისი ხანგძლივობის გაზრდას [2, 4, 9].

რაციონალური ქირურგიული ტაქტიკის არჩევისას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ტრავმის სიმძიმის ობიექტურ შეფასებას და მისი გამოსავლის პროგნოზირებას. ამისათვის იყენებენ გამოთვლით მეთოდებს, კლინიკურ-ფუნქციონური და ლაბორატორიული პარამეტრების გამოყენებით, მიმართავენ მათემატიკური მოდელების აგებას [1, 5, 10, 13].

ქალა-ტვინის ტრავმების დროს ფართო გამოყენება ჰპოვა გონების დარღვევის სიღრმის შეფასების სკალამ, რომელიც შემუშავებულია გლაზგოს კლინიკაში (დიდი ბრიტანეთი) (Teasdale G., Jennet B., 1974). იგივე პარამეტრების შემდგომი დამუშავება შეასრულა შახნოვინმა (1981).

მდგომარეობის სიმძიმისა და გამოსავლის პროგნოზის შეფასების მიზნით, შექმნილია PTS (ჰანოვერი-გერმანია) (Qestern H. J. et al., 1983) სკალა, რომელიც მოიცავს თავის, გულმკერდის, მუცლის, მენჯის, კიდურების დაზიანებებს გამოსახულს ქულებში.

მრიგად, ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში ჩვენ ვერ შევხვდით ამომწურავ ცნობებს ინვაზიური და არაინვაზიური ინსტრუმენტული მეთოდების თანმიმდევრულად ჩატარების შესახებ, აგრეთვე, ადეკვატური ქირურგიული მკურნალობის შესახებ კრანო-აბდომინალური ტრავმების დროს, ცნობილია, აგრეთვე, რომ ძირითადი რიცხვი არადამაკმაყოფილებელი გამოსავლის შერწყმული ტრავმების დროს, დაკავშირებულია არასწორად არჩეული დიაგნოსტიკური და ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკასთან.

Сочетанные крано-абдоминальные травмы

А.ПАЧКОРИА, В ПАЧКОРИА, О. МИНДИАШВИЛИ, А. ГВАЛИА, В. БЕРАИА, Г. КВАЧАДЗЕ, Н. ЗАРИДЗЕ
Госпиталь Военно-морских войск, Поти

Лечение закрытого повреждения полых органов брюшной полости в сочетании с черепно-мозговой травмой является актуальной проблемой современной хирургии; летальность достигает 61,5%. В диагностике указанного повреждения основную роль играют инструментальные методы исследования.

A. Pachkoria, V. Pachkoria, O.Mindiashvili, A. Gvalia, V.Beraia, G. Kvachadze, N. Zaridze

Treatment of closed injury of hollow abdominal organs in combination with craniocerebral trauma constitutes one of the actual problems of modern surgery of injuries, proper mortality reaches 61,5%. Instrumental methods of investigation play an important role in diagnosis of the regarded injury.

ლიტერატურა: Литература:

1. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Иерархия лечения повреждении при политравме // I Всеукраїнська науково-практична конференція. Тез. докл. – Киев. – 2002. – С. 9-10.

2. Антонюк Н.Г. Хірургічна тактика при поєднаній закритій торако-абдомінальній травмі: Автореф. дис. канд. мед. наук. К... 1998. с – 16.

3. Бадалов В.И. Клинико-патологические критерии тяжести повреждения головного мозга при сочетанной черепно-мозговой травме // Воен.мед.журн. - 1998. - С. 23.
4. Балаликин А.С., Коноваленко С.И., Алимов А.Н., и др. Алгоритм действий при закрытой тупой травме живота у больных с тяжелой сочетанной травмой // Эндоскопич. хирургия. - 2000. - №2. - С. 7-9.
5. Барамя Н.Н., Новиков Ф.Н., Воробей А.В. Некоторые аспекты оказания медицинской помощи пострадавшим с тяжелой, закрытой абдоминальной травмой // I Всеукраїнська науково-практична конференція. Тез. докл. – Киев. – 2002. – С. 41.
6. Вашетко Р.В., Пронин О.В., Россомсаха Е.Л. и др. Морфологические основы формирования травматической болезни // Теоретические и практические аспекты проблемы травматического шока: Респ. сб. науч. ТР. - Л., 1991. - С. 141-145.
7. Гайко Г.В. К вопросу организации хирургии политравмы в Украине // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1996. - №3. - С. 84-88.
8. Гринев М.В. Современное состояние проблемы хирургии повреждения // Вестн. хирургии им. Гекова. - 1996. - Т.155, №5, - С.107-109.
9. Гурьев С.Е., Ильин Ю.В. Политравма в Украине как медико-социальная проблема // I Всеукраїнська науково-практична конференція. Тез. докл. – Киев. – 2002. – С. 26.
10. Ильин П.В. Клиническое течение и хирургическая тактика при кранио-абдоминальной травме. // Сочетанная нейротравма. - Горький. - 1986. - С. 35 – 38.
11. Капустин Р.Ф. Политравма: Нерешенные вопросы, трудности в оказании помощи // МЗ Респ. Беларусь. - 1996. - №10. - С. 45-46.
12. Рощин Г.Г., Гайчук Ф.Ф., Ключниченко А.Г. Бальная оценка тяжести повреждений и физического состояния пострадавших с моно и политравмой // Актуал. пробл. подання
13. екстренної медичної допомоги при невідкладних станах: Матеріали... К., 1995. - С. 64.
14. Шалімов О.О., Білий В.Я., Гаико Г.В. Проблема політравми в Україні // I Всеукраїнська науково-практична конференція. Тез. докл. – Киев. – 2002. – С. 5-9.
15. Шалімов О.О., Білий В.Я., Гаико Г.В. Проблема політравми в Україні // I Всеукраїнська науково-практична конференція. Тез. докл. – Киев. – 2002. – С. 5-9.
16. Burch J. M. New concepts in trauma // Amer. J. Surg. - 1997. - Vol. 173. - P. 44-46.
17. Jurkovich GJ, Carrico CJ, Sabiston DC: Trauma management of the acutely injured patient. In: Sabiston Textbook of Surgery. 3rd ed. 1997: 296-339.
18. Maier R. V. New concepts in trauma // Amer. J. Surg. - 1997. - Vol. 173. - P. 47-48.