

Чайка В. А., Чайка Р. А.

ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ЖИВОТА НА ФОНЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Кутовой А.Б.

Кафедра хирургии №2

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр

Актуальность. Сочетание любого повреждения с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) приводит к возникновению особенностей течения сочетанной травмы, существенной из которых является стёртость классических симптомов. Одним из самых тяжелых сочетаний ЧМТ, с точки зрения результатов диагностики, а именно выявление доминирующего повреждения и возможных осложнений, является сочетание с абдоминальной травмой

Цель: расширить представление об изменении гемодинамических показателей у пострадавших с закрытой травмой живота на фоне повреждения головного мозга.

Материалы и методы. Для исследования были отобраны 74 пациента I группы с тяжелой сочетанной абдоминальной и черепно-мозговой травмой. Из них 47 (63,5%) мужчин и 27 (36,5%) женщин. Для оценки изменений гемодинамических показателей у пострадавших с сочетанной краниоабдоминальной травмой было проведено их сравнение с соответствующими показателями у пострадавших с сочетанной травмой живота без ЧМТ. Для этого была сформирована II группа в которую вошли 22 пострадавших. Обе группы были сопоставимы по таким показателям: возраст ($34,03 \pm 2,69$ лет; $39,02 \pm 2,17$ лет, $p=0,249$), тяжесть травмы по шкале ISS ($34,74 \pm 2,21$ баллов; $28,31 \pm 1,48$ баллов, $p=0,878$), показателем OIS ($2,58 \pm 0,20$ баллов; $2,93 \pm 0,13$ баллов, $p=0,109$), процентом потери объема циркулирующей крови ($20,0$ (13,5-35,0); $24,0$ (13,0-35,0), $p=0,469$) и временем от травмы до госпитализации ($4,70 \pm 1,13$ часов; $1,67$ (1,0 – 8,0) часов, $p=0,918$) – I и II группы соответственно. В обеих группах большинство пострадавших доставлялись в приемное отделение каретой скорой помощи – 69 (93,24%) в I группе и 20 (90,9%) в II группе. При этом на догоспитальном этапе у 3 (4,1%) пострадавших с сочетанной абдоминальной и черепно-мозговой травмой в качестве обезболивания применяли исключительно нестероидные противовоспалительные препараты против 2 (9,1%) пострадавших во II группе, наркотические анальгетики в 50 (67, 6%) I группы против 14 (63,6%) во II, и в комбинации – у 13 (17,6%) пострадавших I группы на 4 (18,2%) во II. При сравнении соответствующих показателей по критерию χ^2 Фридмана достоверности различий не выявлено, $p > 0,05$

Результаты и их обсуждение. Оценка показателей гемодинамики, таких как артериальное давление, частота сердечных сокращений и индекс шока (ИШ) показала, что такие признаки внутрибрюшного кровотечения, как гипотония, тахикардия и ИШ $> 0,8$ у пострадавших с сочетанной абдоминальной и черепно-мозговой травмой встречаются в $43,2\% \pm 5,76$ (% $\pm m$), $64,9\% \pm 5,55$ и $58,1\% \pm 5,74$, соответственно. Во II группе гипотония встречалась в $54,6\% \pm 10,87$; тахикардия – $86,4\% \pm 7,49$ ($p < 0,05$) и ИШ $> 0,8$ – $77,3 \pm 9,14$. При этом у 11 ($14,9\% \pm 4,14$) пострадавших с сочетанной абдоминальной и черепно-мозговой травмой на момент госпитализации была обнаружена артериальная гипертензия (сис. АД > 140 мм), а частота сердечных сокращений у 7 ($9,5\% \pm 3,4$) пострадавших свидетельствовала о наличии брадикардии (ЧСС < 60 / мин.). Аналогичные проявления отсутствовали при обследовании пострадавших II группы.

Выводы. Доказано, что частота выявления изменений показателей гемодинамики, которые свидетельствуют о наличии признаков внутрибрюшного кровотечения у пострадавших с краниоабдоминальной травмой ниже, чем у пострадавших с аналогичными повреждениями при отсутствии травмы головного мозга. Так же в $14,9\% \pm 4,14$ и в $9,5\% \pm 3,4$ случаях были выявлены такие неклассические признаки внутрибрюшного кровотечения как гипертензия и брадикардия соответственно.