

## КОРРЕЛЯЦИЯ ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТРАВМ У БЕРЕМЕННЫХ

<sup>1</sup> Паладий И. К., <sup>2</sup> Кустуров В. И., <sup>1</sup> Стрелцов Л. А., <sup>1</sup> Лесков В. В.

<sup>1</sup> «Государственный Университет Медицины и Фармации  
им. Николая Тестемицану»,

<sup>2</sup> Лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии,  
Кафедра хирургии № 1 им. Николая Анестиади,  
г. Кишинев, Республика Молдова

**Введение.** Травма во время беременности встречается до 7 % случаев. С увеличением срока беременности частота травм возрастает, с максимальным количеством в III триместре беременности. В структуре травм беременных дорожно-транспортные происшествия составляют до 50 % случаев; физическая агрессия

0,9–20,1 %; падения встречаются в 11–79 % случаев, что связано с неустойчивой ходьбой, смещением центра тяжести, ослаблением связок и суставов у беременных. Преждевременное прерывание беременности после дорожно-транспортных происшествий при сроке беременности до 20 недель констатируется в 0,4 % случаев, на более поздних сроках до 3,5 % случаев. По данным литературы: при дорожно-транспортных происшествиях прямая травма живота с повреждением внутренних органов, является самой частой причиной смерти матери и плода. Травматизм беременных до 46 % случаев является основной причиной материнской смертности, а смерть плода достигает 61 % случаев.

Опубликовано немало статей о влиянии травмы во время беременности с разным сроком гестации на исходы для матери и плода. Современные научные исследования тяжести посттравматических повреждений проводятся с обязательной оценкой тяжести травмы матери по стандартным шкалам — Abbreviated Index Seventy (AIS), Injury Severity Score (ISS), Glasgow Coma Scale (GCS) и др. Также в публикациях представлены данные последствий даже незначительных травм для матери, плода или новорожденного ребенка.

**Цель исследования:** проанализировать корреляцию тяжести повреждений и этиологическую структуру травм у беременных.

**Материал и методы.** Проанализированны данные посттравматического лечения беременных женщин ( $n = 41$ ), прошедших курс лечения в Институте Скорой медицинской помощи г. Кишинева за последние 11 лет. Средний возраст  $27,57 \pm 5,46$  лет. Проведено: клинико-лабораторное исследование; УЗИ матери и плода в динамике; радиография грудной клетки, таза; гинекологическое обследование; хирургическое, травматологическое лечение. Для оценки тяжести травм беременных использовали шкалы: Abbreviated Index Seventy (AIS), Injury Severity Score (ISS), Glasgow Coma Scale (GCS).

**Результаты и обсуждение.** В группе исследования, причинами травматизма беременных были: дорожно-транспортные происшествия 21 (51,21 %) случай, где 5 беременных — пешеходы,

16 женщин пассажиры автомобилей; падения с высоты < 1,5 метра 13 (31,7 %), физическая агрессия 7 (17,07 %) случаев. При госпитализации среднее значение тяжести травм пострадавших женщин: AIS = 5,62 ± 2,85 баллов; ISS = 16,97 ± 10,47 баллов; CS = 14,52 ± 1,21 баллов. У беременных (n = 21) после дорожно-транспортных происшествий диагностировано: сотрясение головного мозга (n = 15), переломы грудной клетки (n = 3), переломы таза типа А (n = 3), типа С (n = 1), переломы крестцовой кости (n = 2), бедренной кости (n = 5); переломы конечностей 11 (23,4 %); закрытая травма живота с ушибом брюшной стенки (n = 12), травма мочевого пузыря (n = 1), частичная отслойка плаценты (n = 7), маточное кровотечение (n = 2). Среднее значение тяжести травм беременных после дорожно-транспортных происшествий: AIS = 6,9 ± 3,69 баллов; ISS = 20 ± 11,91 баллов; GCS = 14,14 ± 1,41 баллов. При падении с высоты у пострадавших (n = 13) диагностировали: ушиб мягких тканей (n = 13), сотрясение головного мозга (n = 3). Среднее значение тяжести травм беременных после падения с высоты < 1,5 метра: AIS = 3,53 ± 1,12 баллов; ISS = 9,07 ± 5,4 баллов; GCS = 14,92 ± 0,27 баллов. После физической агрессии у 7(17,07 %) женщин установлено: ушиб мягких тканей, сотрясение головного мозга (n = 7). Обращает на себя внимание физическая агрессия по отношению к беременным. Все женщины (n = 7) были избиты дома, в результате у всех диагностировано сотрясение головного мозга, 3 (7,31 %) назначено стационарное лечение в отделении неврологии, у 1 (2,43 %) беременной произошел спонтанный аборт. Среднее значение тяжести травм беременных после физической агрессии: AIS = 3,83 ± 0,7 баллов; ISS = 16,1 ± 3,03 баллов; GCS = 14,32 ± 1,06 баллов. В результате травм беременных (n = 41) репродуктивные потери составили 14,63 % (n = 6). Материнская смертность в группе исследования составила 2,43 % (n = 1) причиной которой была тяжелая черепно-мозговая травма.

У 35 (85,36 %) посттравматических пострадавших беременность сохранена. После травмы 19 (46,34 %) беременных были выписаны под обязательное наблюдение врачей поликлиники.

Из них у 16 пострадавших тяжесть травмы при госпитализации была I степени (ISS < 176.), со сроком гестации в I триместре — 5 (12,19 %), во II — 9 (21,95 %), в III триместре — 2 (4,87 %) беременных. Из этой группы у 1 женщины, перенесшей травму с диагнозом: сотрясение головного мозга, ушиб мягких тканей, с тяжестью повреждения ISS = 16 баллов, были преждевременные роды на 36-й неделе беременности. Из 15 беременных 3 госпитализированы для сохранения беременности и симптоматического лечения. Все (n = 15) родили здоровых детей (Апгар 5–7,03±0,85) в срок на 39–40-й неделе. Беременные (n = 3), которые перенесли травму средней тяжести (ISS — 20, 22, 36 б.), после выписки находились под постоянным наблюдением поликлиники: проведено УЗИ матери, УЗИ-контроль плода в динамике, по показаниям: симптоматическое и неврологическое лечение матери. У этих женщин (n = 3) роды были преждевременные, с более низким весом новорожденных (< 3 кг), Апгар 5–6 баллов, что демонстрирует: тяжесть травмы матери влияет на неблагоприятные прогнозы для плода и новорожденного.

Травма является основной причиной неакушерской заболеваемости и смертности беременных женщин и плода. Тяжелая травма во время беременности может спровоцировать отслойку плаценты, самопроизвольный аборт и даже разрыв матки. По данным литературы: даже незначительная травма во время беременности заканчивается преждевременными родами < 15,4 %, низким весом новорожденных, и риском неблагоприятного исхода до 1 % случаев. При тяжелой травме, при шоковом состоянии беременной, риск смерти плода увеличивается до 80 % случаев.

**Выводы.** Высокая активность современных женщин в общественной жизни определяет этиологическую структуру травм беременных. В группе исследования: в дорожно-транспортных происшествиях пострадали 21 (51,21 %) беременная, тяжесть травм составила AIS = 6,9 ± 3,69 баллов; ISS = 20 ± 11,91 баллов; GCS = 14,14 ± 1,41 баллов; при падении с высоты у 13 (31,7 %) беременных тяжесть травм составила: AIS = 3,53 ± 1,12 баллов;

ISS =  $9,07 \pm 5,4$  баллов; GCS =  $14,92 \pm 0,27$  баллов; от физической агрессии пострадали 7 (17,07 %) беременных, с тяжестью травм по шкалам: AIS =  $3,83 \pm 0,7$  баллов; ISS =  $16,1 \pm 3,03$  баллов; GCS =  $14,32 \pm 1,06$  баллов.

Полученные результаты продемонстрировали зависимость тяжести повреждений у беременных от этиологии травмы: чем выше кинетическая энергия травмы, тем больше тяжесть повреждений. В группе исследования, при дорожно-транспортных происшествиях (51,21 %), тяжесть травмы была самой большой: ISS =  $20 \pm 11,91$  баллов.

Беременных женщин, получивших даже незначительную травму, необходимо рассматривать как группу риска ранних родов, и возможности неблагоприятного исхода для плода.

Полученные данные о корреляции тяжести повреждений и этиологической структуры травм у беременных помогут рационально организовать медицинскую помощь пострадавшим и разработать алгоритмы ведения пострадавших с учетом этиологической структуры травматизма у беременных.