

## ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВАГІТНИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВАГІТНИХ З ПОЛІТРАВМОЮ – У статті висвітлено особливості реабілітації залежно від травмогенезу та клініко-епідеміологічних характеристик постраждалих вагітних жінок, які отримали політравму. Перше місце в травмогенезі політравми у вагітних займає побутова травма, спричинена побиттям, тому переважає пошкодження голови та живота шляхом прямого удару. Друге місце посідають дорожньо-транспортні пригоди (ДТП), тому поєднуються травми кінцівок, голови і компресійні пошкодження живота. Катотравма при падінні з висоти зумовлює генералізоване пошкодження кісток і внутрішніх органів, що призводить до втрати вагітності у 70 % випадків з політравмою. Спроба суїциду призводить до тривалої гіпоксії, що зумовлює дистрес плода і його загибель. За механізмом пошкодження при політравмі у вагітних переважає прямий удар, далі катотравма та компресія. Найчастіше політравму отримують вагітні жінки у віці 21–30 років, тобто у найактивнішому фертильному віці.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ – В статье освещены особенности реабилитации в зависимости от травмогенеза и клинико-эпидемиологических характеристик пострадавших беременных женщин, получивших политравму. Первое место в травмогенезе политравмы занимает бытовая травма, вызвана избиением, поэтому превалирует повреждение головы и живота путем прямого удара. Второе место занимают дорожно-транспортные происшествия (ДТП), поэтому сочетаются травмы конечностей, головы и компрессионные повреждения живота. Катотравма при падении с высоты обуславливает генерализированное повреждение костей и внутренних органов, ведущее к потере беременности в 70 % случаев с политравмой. Попытка суицида ведет к длительной гипоксии, обуславливающей дистресс плода и его гибель. По механизму повреждения при политравме превалирует прямой удар, далее катотравма и компрессия. Чаще всего политравму получают беременные женщины в возрасте 21–30 лет, то есть в наиболее активном фертильном возрасте.

PECULIARITIES OF REHABILITATION OF PREGNANT WOMEN WITH POLYTRAUMA – Peculiarities of rehabilitation of pregnant women with polytrauma according to traumogenesis and clinico-epidemiologic characteristics is lighted up in this article. The first place household trauma caused by the beating, therefore dominated by head injuries and abdomen by a direct blow. Second place is taken by traffic accident, as combined injury of limbs, head and abdominal compression damage. Cathotrauma is after downfall and it is caused of generalization injury of bones and of internal organs. This cause of abortion and premature labor in 70 % of pregnant women with polytrauma. Attempted suicide leads to continuing hypoxia, distress and died of the fetus. In the mechanism of polytrauma the straight stroke is prevailed, after that is cathotrauma (downfall) and compression. The pregnant women with age from 21 to 30 years have trauma very often. This is the most active fertile age.

**Ключові слова:** реабілітація, травмогенез, вагітні жінки, політравма.

**Ключевые слова:** реабилитация, травмогенез, беременные женщины, политравма.

**Key words:** rehabilitation, traumogenesis, pregnant women, polytrauma.

**ВСТУП** Проблема травматизму жінок не тільки не зменшується, але й з кожним роком стає актуальнішою. Це пов'язано з ростом науково-технічного прогресу, темпом життя. Особливу небезпеку становить

політравма, розвиток якої ускладнює перебіг травматичного процесу [1–3]. Останніми роками увагу наукової спільноти та практичних лікарів привертає травматизм вагітних жінок. Оскільки зміна гендерної політики в цивілізованому світі приводить до зростання ролі жінок в суспільстві й, відповідно, до росту ризику їх травматизації. Важливо відзначити, що наслідки травматичних пошкоджень у вагітних жінок часто є тяжкими та іноді непередбачуваними внаслідок особливостей гормональної перебудови під час вагітності та збільшення навантаження на органи і системи організму вагітної жінки [2–6]. У доступних для вивчення джерелах наукової інформації ми не знайшли повідомлень щодо реабілітації вагітних жінок з політравмою, є лише поодинокі повідомлення щодо клінічного перебігу травматичного процесу у вагітних жінок та майже відсутні наукові дослідження щодо надання медичної допомоги травмованим вагітним жінкам [3–9]. Метою наших досліджень було вивчити та проаналізувати травмогенез вагітних жінок з політравмою, визначити ризики розвитку ускладнень травматичного процесу та розробити комплекс заходів для повноцінної реабілітації вагітних жінок з політравмою.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Ми вивчили та проаналізували 56 випадків постраждалих вагітних жінок, які отримали політравму. Враховуючи, що можливість набору пацієнтів є обмеженою, тому можна вважати дану кількість достатнім при рівні вірогідності 5 %.

Аналіз обстежуваного контингенту постраждалих дозволив виявити обставини отримання політравми, вивчити основні клініко-епідеміологічні характеристики, травмогенез політравми у вагітних жінок, що дає змогу прогнозувати перебіг травматичного процесу та визначити ризик його наслідків – це вік пацієнток, термін вагітності, обставини отримання травми, механізм пошкодження. А також розробити комплекс заходів для повноцінної реабілітації вагітних жінок з політравмою. Обробку даних проводили за допомогою комп'ютерних технологій.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Проведені дослідження вказують, що полісистемні пошкодження у вагітних жінок найчастіше спостерігають у віці 21–30 років – 36 пацієнток (64,3 %); у віці 31–40 років – 12 пацієнток (21,4 %); у віці до 20 років – 8 пацієнток (13,3 %), що й співпадає з показниками фертильності за віковими категоріями згідно з даними літератури, однак суттєво відрізняється від показників загальної кількості постраждалих з політравмою, в якому максимальний пік припадає на вік 31–40 років і сягає 35 % [3–9]. Поділяли обстежуваних постраждалих за соціальним становищем, який виявив, що найчастіше політравму отримали вагітні, які не працюють, – 34 пацієнтки, що складає 60,7 %. У цих жінок отримання пошкодження не пов'язане з виробничим або іншими видами діяльності, у 24 з них (42,9 %) мало місце побиття, механізм пошкодження у цієї категорії постраждалих – прямий удар. У 10 непрацюю-

чих вагітних політравма виникла внаслідок ДТП і падіння з висоти. У них механізм пошкодження – прямий удар, компресія і катотравма. 12 жінок – службовці, що складає 21,4 %, у них політравма виникла внаслідок ДТП, і, відповідно, механізм пошкодження – прямий удар і компресія. 7 пацієнок – робітники, які склали 12,5 %, травмогенез у цих постраждалих – ДТП і падіння з висоти, тобто механізм пошкодження у цих жінок – прямий удар, компресія і катотравма. 3 пацієнтки – студенти, що становить 5,4 %. Травмогенез у цих жінок – ДТП і суїцид, механізм пошкодження – компресія і катотравма. Звертають на себе увагу обставини отримання пошкодження. Майже половина травм спричинена кримінальними діями інших осіб: побиття в 24 випадках, що складає 42,9 %, та в 1 випадку згвалтування і побиття, що становить ще 1,8 %. На другому місці знаходяться постраждалі внаслідок ДТП: 23 пацієнтки, що складає 41,1 %. Третє місце займає падіння з висоти – 7 випадків, що становить 12,5 %. В 1 випадку була спроба суїциду, що склало 1,8 %. Отримані результати свідчать про суттєву різницю в структурі травмогенезу порівняно з загальним масивом постраждалих з політравмою, де перше місце займає побутовий травматизм, а кримінальний травматизм посідає 5–6 місце [4–9]. За механізмом пошкодження за результатами наших досліджень превалює прямий удар – 47 жінок (83,4 %). На другому місці – падіння з висоти (катотравма), яку спостерігали у 7 випадках (12,5 %). У 4 випадках (7,1 %) виявився компресійний механізм, що теж значною мірою різниться із загальною кількістю, де катотравма переважає і складає близько 50 % [3–9]. Оскільки найчастіше політравма у вагітних спричинена побиттям, тому переважає пошкодження голови та живота шляхом прямого удару. Друге місце посідають ДТП, в яких найчастіше травмуються вагітні пасажири, потім вагітні пішоходи, то поєднуються травми кінцівок, голови і компресійні пошкодження живота. Катотравма при падінні з висоти зумовлює генералізоване пошкодження кісток і внутрішніх органів, що призводить до втрати вагітності у 70 % випадків у вагітних з політравмою. Спроба суїциду призводить до тривалої гіпоксії, що зумовлює дистрес плода і може бути причиною внутрішньоутробної його загибелі без прямого механічного травматичного пошкодження. Слід відзначити, що за механізмом пошкодження при політравмі у вагітних превалює прямий удар, далі катотравма, на останньому місці компресія. Найчастіше політравму отримують вагітні жінки у віці 21–30 років, тобто у найбільш активному фертильному віці.

Враховуючи механізм пошкодження при політравмі у вагітних жінок, розроблено комплекс необхідних досліджень для виявлення можливих ускладнень травматичного процесу. Ми розробили проект протоколу

реабілітації вагітних жінок з політравмою із урахуванням травмогенезу, механізму виникнення травматичного пошкодження та ризику розвитку ускладнень політравми та перебігу вагітності.

**ВИСНОВКИ** 1. Реабілітація вагітних жінок з політравмою суттєво залежить від травмогенезу та обставин пошкодження і повинна включати не лише медичний, а й психологічний компонент.

2. Особливості гормонального статусу даного контингенту постраждалих вирізняють їх від загальної кількості постраждалих з політравмою. Специфічні зміни в організмі визначають вразливість вагітних жінок не лише стосовно отриманого пошкодження, а й стану внутрішньоутробного плода.

3. Вибір комплексної реабілітаційної терапії потребує врахування травмогенезу, а саме: прямого удару, катотравми, компресії, тому повинен включати необхідні обстеження з метою своєчасного виявлення і попередження можливих ускладнень.

**Перспективи подальших досліджень** Планується розробка протоколів надання допомоги на догоспітальному етапі, стаціонарної допомоги та ефективної реабілітації постраждалих вагітних з політравмою.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Рошн Г. Г. Острые и неотложные состояния в практике врача / Г. Г. Рошн, В. О. Крилюк, Н. І. Іскра // *Діагностика та сучасні алгоритми лікування синдрому абдомінальної компресії*. – urgent/com.ua/cgi-bin/article.pl/119.html.
2. В. Д. Шейко, Б. Ф. Лысенко, В. Б. Мартыненко [и др.] // *Клінічна хірургія*. – 2005. – № 6. – С. 20–22.
3. В. Д. Шейко, В. Б. Мартыненко // *Клінічна хірургія*. – 2005. – №10. – С. 60–63.
4. Гур'єв С. О. Роль показників травмогенезу та стандартизованої оцінки тяжкості стану постраждалих в прогнозі перебігу травматичної хвороби / С. О. Гур'єв, В. М. Захарчук // *Травма*. – 2006. – Т. 7, № 2. – С. 177–181.
5. Яременко Д. А. Дорожно-транспортный травматизм и причины смертности на догоспитальном этапе / Д. А. Яременко, Е. Г. Шевченко // *Травма*. – 2006. – Т. 7, № 2. – С. 157–161.
6. Коробова С. П. Травмогенез дорожно-транспортных uszkodжень / С. П. Коробова, М. Г. Кононенко // *Актуальні питання теоретичної медицини. Актуальні питання клінічної медицини. Мікроелементози в клінічній медицині. Actual problems of fundamental and clinical medicine* : матеріали науково-практичних конференцій студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів ; відп. за вип. Л. Н. Приступа. – Суми : СумДУ, 2010. – С. 171.
7. Trauma during pregnancy – a review of 79 cases / T. G. Esposito, D. R. Gens, L. G. Smith [et al.] // *Arch. Surg.* – 1991. – Vol. 126. – P. 1073–1078.
8. H. A. Adams und O.Trenz unter Mitarbeit der IAG Schock der DIVI Anaesthesiologie und Intensivmedizin Februar 2007, S.73–97.
9. Trauma in pregnancy – predicting pregnancy outcome / D. P. Kisainger, G. S. Rozycki, J. A. Morris [et al.] // *Arch. Surg.* – 1991. – Vol. 125. – P. 1079–1086.

Отримано 30.09.13