

ОПТИМАЛЬНИЙ ПЕРИОПЕРАЦІЙНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІТРАВМОЮ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГОСТРОГО АРТЕРІАЛЬНОГО ТРОМБОЗУ ТА АМПУТАЦІЇ

Кошарський Д. В.

лікар-анестезіолог відділення політравми,

аспірант кафедри анестезіології

Міжнародний університет

*Науковий керівник: **Тарабрін О. О.***

доктор медичних наук, професор,

*заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри
анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів*

Міжнародний університет

м. Одеса, Україна

Вступ. Травми є основною причиною смерті працюючого населення світу, що спричиняє понад 5 млн смертей на рік [1]. Травматична коагулопатія розвивається внаслідок поєднаного ушкодження тканин і шоку, викликаючи порушення системи гемостазу [2].

Серед ускладнень переломів кісток у пацієнтів з політравмою найбільш небезпечними є жирова емболія та тромбози судин [3]. Дані Українського Національного Консенсусу свідчать, що особи з переломами трубчастих кісток мають підвищений ризик розвитку артеріальних та венозних тромбозів [4]. Крім того, Європейська асоціація кардіологів підкреслює, що тромбоемболічні ускладнення посідають третє місце за смертністю та рівнем інвалідизації пацієнтів [5].

Опис клінічного випадку

Пацієнт, 56 років, був доставлений у відділення політравми з вулиці картою ШМД, із переломами кісток тазу та множинними переломами трубчастих кісток. Травма спричинена падінням стріли крана, нижня кінцівка була стиснута не менше 35 хвилин. При госпіталізації проведено операційну фіксацію переломів методом АЗФ, профілактику тромбозів еноксапарином та інтенсивну терапію. При поступленні, на госпітальному етапі хворому введено 1000мг транексамової кислоти. За шкалою ISS – 18 балів. Загальна крововтрата близько 2500 мл., що складається з інтраопераційної крововтрати 450 мл. та емпірично визначеної у зв'язку із травмами.

Встановлено діагноз: Ротаційно нестабільний перелом кісток тазу. Перелом бокових мас крижа справа. Перелом клубової, лонної та

сідничної кісток справа, лонної кістки зліва. Закритий перелом проксимального епіметафізу лівої стегнової кістки, відкритий Іст. фрагментарний перелом с-н/3 лівої стегнової кістки зі зміщенням уламків. Травматичний шок II–III ступеня.

В умовах інтенсивної терапії через 12 годин після оперативного втручання хворому розпочато антикоагулянтну терапію, препаратом еноксипарину у дозуванні 40 мг на добу, підшкірно. Розпочато лікування: знеболення НПЗП, антибіотикотерапія, інгібітори протонної помпи.

На третю добу вранці у пацієнта спостерігаються охолодження лівої нижньої кінцівки та порушення чутливості нижче коліна, при цьому пульсація на тій же ділянці відсутня. Ургентно проведено КТ із контрастуванням. До діагнозу додано: гострий оклюзійний посттравматичний артеріальний тромбоз на рівні середньої третини лівого стегна.

Лабораторно визначено: гемоглобін – 105 г/л, еритроцити – $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$, гематокрит – 30,6%, тромбоцити – $125 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцити – $7,24 \times 10^9/\text{л}$. Показники коагулограми: АЧТЧ – 30,5 с, фібриноген – 438 мг/дл, протромбіновий індекс – 113,7%.

Під час проведення лікарського консиліуму, було прийнято рішення про ампутацію кінцівки, за життєвими показами.

Обговорення

Профілактика та моніторинг тромбозів у пацієнтів з важкою політравмою є критично важливими. Рекомендується регулярне проведення доплерографії судин нижніх кінцівок і щоденна тромбосластографія для динамічного контролю гемостазу та корекції антитромботичної терапії. Гемотрансфузія, значна крововтрата і тяжкі переломи значно підвищують ризик тромботичних ускладнень.

Висновки. Клінічний випадок демонструє необхідність комплексного підходу до діагностики й лікування багатокомпонентних уражень у пацієнтів з політравмою, особливо для своєчасного виявлення і лікування тромбозів, що можуть вимагати екстреної ампутації.

Література:

1. Травматична хвороба: догоспітальна допомога. *Ukrainian Medical Journal*. 2023. Т. 158, № 6. URL: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.158.247605>
2. Kornblith L. Z., Moore H. B., Cohen M. J. Trauma-induced coagulopathy: The past, present, and future. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2019. Vol. 17, № 6. P. 852–862. URL: <https://doi.org/10.1111/jth.14450>
3. Голдовський Б. М., та ін. Оптимізація інфузійної терапії у постраждалих на політравму в умовах дошпитального етапу. *Сучасні медичні технології*. 2011. № 2. С. 39–43.

4. Артеріальні, венозні тромбози та тромбоемболії. Профілактика та лікування: Український національний консенсус / відп. за вип. В. Ю. Лішневська. Київ : Віпол, 2006. 75 с.

5. Konstantinides S., Torbicki A., Agnelli G., та ін. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC); endorsed by the European Respiratory Society (ERS). *European Heart Journal*. 2014. № 35 (43). P. 3033–3069.