

3. При выполнении экстракорткального и интрамедуллярного остеосинтеза следует стремиться к максимальному сохранению кровоснабжения отломков, используя для этого имплантаты с ограни-

ченной площадью контакта с костью, соблюдая технику и принципы миниинвазивного остеосинтеза.

Литература

1. Пожариский В. Ф. Политравмы опорно-двигательной системы и их лечение на этапах медицинской эвакуации. – М.: Медицина, 1990. – 254 с.
2. Kwasny O., Kutscha Lisseberg F., Vecsei V. Der Polytrauma-tisierte patient zielsetzungen, prioritäten und management // Acta Chir. Austriaca. – 1992. – Н. 24. – С. 316–321.

3. Rutter H., Trentz R., Wagner K. Unfallchirurgie. – München; Wien; Baltimore: Urban-Schweizenberg, 1995. – 1008 s.
4. Schwab E., Bratschneider G., Hontsch D., Weller S. Die versorgung von femurschaftfracturen mit dem UFN (unaufgebohrte femur nagel) als standart implantat // Swiss. Surg. – 1996. – Vol. 2, Suppl. – P. 5–8.

© Н. Л. Анкин, 1998

Поступила 04.02.98

ОРГАНІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 617.001–089

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМОЙ

А. А. Шалимов, Г. В. Гайко, Г. Г. Роцин, Н. Е. Полищук, Н. Н. Барамия, Н. И. Тутченко, И. П. Шлапак, Л. Н. Анкин, О. В. Мазуренко, Ю. Ф. Малиновский, Я. Л. Заруцкий

Український науково-практичний центр екстреної медичинської допомоги і медицини катастроф, г. Київ, Київська клінічна лікарня швидкої медичинської допомоги

Рост травматизма и смертности вследствие травм за период с 1987 по 1995 г. с 8,37 до 15,06% в Украине свидетельствует о необходимости разработки единой концепции оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим. Первоочередными задачами при этом являются спасение жизни и возвращение пострадавшего к полноценной жизнедеятельности. Предлагаем универсальную модель оказания медицинской помощи пострадавшим: оценка тяжести состояния с использованием разработанной шкалы, проведение интенсивной терапии, при необходимости – реанимации на догоспитальном этапе; оперативное лечение, интенсивная консервативная терапия на госпитальном этапе; комплексная реабилитация в посттравматическом периоде.

Основой оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим с травмой должны быть единые стандартизованные подходы к патогенезу, диагностике и лечению.

Улучшения результатов оказания помощи на догоспитальном этапе можно достичь путем сокращения фазы изоляции пострадавшего (времени, прошедшего с момента травмы до начала проведения лечебных манипуляций), а также разработки и использования шкалы травм, алгоритмов и стандартов.

Лучших результатов достигают, если помощь оказана в течение первого – так называемого «золотого часа». Для соблюдения преемственности действий необходимо повсеместно использовать универсальную первичную карту пострадавшего, в которой всесторонне отражается его состояние на всех этапах оказания медицинской помощи.

Сокращение фазы изоляции возможно не только за счет повышения оперативности службы скорой медицинской помощи, но и привлечения к оказанию медицинской помощи сотрудников МВД, Государственной автоинспекции и пожарной охраны, которые должны пройти медицинскую подготовку и иметь специальное оснащение (аптечки, шины, транспортировочные доски, шейные воротники и др.).

Внедрение шкалы травм позволит объективизировать оценку тяжести состояния пострадавших, улучшить их сортировку, своевременно принять решение о тактике лечения и осуществлении постоянного мониторинга. Наиболее приемлемой на догоспитальном этапе и этапе отделения неотложной медицинской помощи лечебного учреждения является шкала травм – Trauma score (TS) (H. R. Champion и соавт., 1981), которая апробирована нами при обследовании 1500 больных в приемном отделении больницы скорой медицинской помощи г. Киева. Использование этой шкалы позволяет установить тяжесть травмы в среднем в течение 2 мин.

На госпитальном этапе для определения степени тяжести повреждения широко применяют шкалы ISS, PTS, SAPS и APACHE II. Нами проведен сравнительный анализ результатов применения шкал ISS, PTS, SAPS у 537 больных. Установлена целесообразность использования шкалы ISS на госпитальном этапе.

Для оценки тяжести травмы по шкале ISS организм человека разделяют на 5 регионов, тяжесть повреждения каждого региона оценивают от 0 до 5 баллов. Оценка 0 баллов свидетельствует об отсут-

ствии повреждений, 5 – о тяжелом повреждении. После оценки состояния всех регионов тела три наиболее высоких показателя возводят в квадрат. Сумма полученных результатов составляет оценку по Н. J. Scheck [2].

Полученные результаты соответствуют данным Н. J. Scheck и соавторов [2].

Неотложную медицинскую помощь пострадавшим на госпитальном этапе оказывает бригада специалистов в составе: общий хирург, врач интенсивной терапии, нейрохирург, травматолог. Функции координатора выполняет опытный общий хирург, прошедший подготовку на курсах усовершенствования по нейротравме, травматологии и интенсивной терапии. При наличии сочетанной травмы обязательно привлечение к работе узких специалистов (челюстно-лицевого хирурга, уролога, отоларинголога, окулиста и др.) в кратчайший срок. Эта модель апробирована в клинической больнице скорой медицинской помощи г. Киева (отделениях политравмы, нейротравмы, травматологии, реанимации), а также в клиниках неотложной хирургии Института клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины, научно-исследовательских институтах травматологии и ортопедии, нейрохирургии, где с 1985 г. лечили более 22 000 пострадавших с сочетанной травмой.

Медицинскую помощь больным с повреждениями необходимо оказывать в специализированных лечебных учреждениях – центрах травмы, где сконцентрированы все необходимые для этого средства. Предлагаем создать центры травмы трех уровней в зависимости от объема оказания медицинской помощи на базе областных, центральных городских и районных больниц, а также больниц скорой медицинской помощи.

Центр I (высшего) уровня предназначен для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи, обеспечивает круглосуточное оказание неотложной медицинской помощи по общей хирургии, торакальной хирургии, кардиохирургии, нейрохирургии, травматологии, хирургии кисти, офтальмологии, челюстно-лицевой хирургии, микрохирургии, гинекологии, урологии и педиатрии, при госпитализации пострадавших в другие лечебные учреждения по жизненным показаниям – оказание лечебно-консультативной помощи.

В центре травмы II уровня неотложную медицинскую помощь оказывают по общей, торакальной хирургии, нейрохирургии, травматологии, офтальмологии, гинекологии, урологии и педиатрии.

В центре травмы III уровня оказание неотложной медицинской помощи может ограничиваться общей хирургией, нейрохирургией, травматологией, гинекологией.

При доступности в течение 30 мин специалисты узкого профиля могут дежурить «на дому» и при необходимости быть привлечены к работе.

Литература

1. Scheck Н. J., Tempel G., Hundelsausen B. V., Brosch R. Шкала степени тяжести травмы (ISS) // Травма: Сб. реф. – К., 1996. – С. 11–12.

Основными подразделениями центров травмы являются: отделение неотложной медицинской помощи, в состав которого входят приемное отделение, операционный блок, отделение интенсивной терапии (реанимация).

Базовым оснащением отделения неотложной медицинской помощи являются: аппараты искусственной вентиляции легких, пульсоксиметр, газовый анализатор крови, аспираторы, дефибрилляторы, аппараты для определения центрального венозного давления, стерильные хирургические наборы для крикотиреотомии, торакотомии, венесекции, торакоцентеза, дренирования плевральной полости, устройства для проведения скелетного вытяжения, аппараты ультразвуковой диагностики, рентгенологическая установка, компьютерный томограф.

Поскольку догоспитальный и госпитальный этапы оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим – звенья одной цепи, необходимо обеспечить двустороннюю связь отделения неотложной медицинской помощи с бригадами скорой медицинской помощи.

Возможности операционного блока должны быть расширены за счет оснащения: операционного микроскопа, эндоскопической техники, рентгенологической установки.

Отделение интенсивной терапии (реанимации) должно иметь возможность круглосуточно использовать диагностическую базу больницы.

Руководители хирургических бригад (общие хирурги первой и высшей категории) центров травмы должны пройти специальную последипломную подготовку по торакальной хирургии (160 ч), травматологии (160 ч), нейрохирургии (160 ч), интенсивной терапии и реанимации с введением специальности «хирургия повреждений» (160 ч).

Статус центра травмы определяется Ассоциацией хирургов Украины, вопрос о создании которой необходимо решить на очередном (II) конгрессе хирургов.

Организации центров травмы должно предшествовать проведение эпидемиологических исследований и анализа травматизма на уровне области, города. Создание центра травмы определяется уровнем и структурой травматизма на административной территории. Например, в г. Киеве с населением около 3 000 000 человек необходимы два центра травмы I уровня и два – II уровня.

Оказание неотложной медицинской помощи пострадавшим на должном уровне возможно при постоянном совершенствовании существующей ее модели путем создания центров травмы, разработки единой концепции и внедрения новых прогрессивных методов и технологий лечения пострадавших.

Авторы надеются, что это сообщение заинтересует специалистов и станет началом дискуссии на страницах журнала и II конгрессе хирургов Украины.

2. Resources for optimal care of the injured patient. – Committee on Trauma American College of Surgeons. – N. Y., 1993. – 133 p.

Поступила 16.03.98

© А. А. Щалимов, Г. В. Гайко, Г. Г. Рошин, Н. Е. Полищук, Н. Н. Барамя, Н. И. Тутченко, И. П. Шлапак, Л. Н. Анкин, О. В. Мазуренко, Ю. Ф. Малиновский, Я. Л. Заруцкий, 1998