

АНАЛІЗ ДОСВІТУ ФОРМУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОЇ ТАКТИКИ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІСИСТЕМНИМИ ТА ПОЛІОРГАННИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ

Кузьмін В.Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Резюме. Проведено аналіз лікувально-діагностичної тактики у 6266 постраждалих з полісистемними та поліорганними пошкодженнями. Встановлено, що на прийняття відповідних клініко-організаційних рішень має вплив стан постраждалого. Це потрібно враховувати при плануванні лікувально-діагностичної тактики у даної категорії постраждалих.

Ключові слова: полісистемні та поліорганні пошкодження, лікувально-діагностична тактика.

АНАЛИЗ ОПЫТА ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИСИСТЕМНЫМИ И ПОЛИОРГАНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

Кузьмин В.Ю.

Резюме. Проведен анализ лечебно-диагностической тактики у 6266 пострадавших с полисистемными и полиорганными повреждениями. Установлено, что на принятие соответствующих клинико-организационных решений имеет влияние состояние пострадавшего. Это необходимо учитывать при планировании лечебно-диагностической тактики у данной категории пострадавших.

Ключевые слова: полисистемные и полиорганные повреждения, лечебно-диагностическая тактика.

TREATMENT AND DIAGNOSTIC TACTICS OF THE VICTIMS WITH MULTISYSTEM AND MULTIORGANIC INJURIES, THE ANALYSIS OF EXPERIENCE

Kuzmin V.

Summary: We analyzed treatment and diagnostic tactics of in 6266 victims with multisystem and multiorganic injuries. The equal clinical and organization decisions depended from patient's stage was established. That whey all of this must be considered at the planning of treatment and diagnostically tactics of patients.

Key words: multiorgan and multisystem injury, treatment and diagnostic tactics.

Актуальність теми. В зв'язку з поширенням в Україні і в світі травматизму, в медичній літературі останніх років важливе значення стало

приділяться лікувально-діагностичному процесу у постраждалих з полісистемними та поліорганними пошкодженнями (ППП), до яких науковці відносять „політравму”.

ППП являють собою особливий вид травми, при якому часто травмуються життєво важливі органи та системи організму постраждалого, в зв'язку з чим, подальше життя постраждалого в значної мірі залежить від умінь лікарів вчасно виявити домінуюче пошкодження та ліквідувати його наслідки [3, 5]. О тяжкості отриманих при ППП пошкоджень свідчить те, що більш ніж половина постраждалих (56,4%) гине на місці пригоди [10]. Тому лікувально-діагностичний процес у постраждалих з ППП повинен розпочинатись вже на догоспітальному етапі надання екстреної медичної допомоги (ЕМД), а на госпітальному етапі – продовжуватись, а не дублювати заходи попереднього етапу.

Водночас, від послідовності та адекватності запроваджених постраждалому з ППП лікувально-діагностичних заходів, в значної мірі залежить подальший перебіг травматичної хвороби (ТХ) [1, 2, 5, 8, 11].

Матеріали і методи дослідження. Нами було піддано аналізу лікувально-діагностичну тактику у 6266 постраждалих з ППП, які знаходились на лікуванні у Центрі політравми Українського ННЦ ЕМД та МК у 2001 – 2003 роках. Середній вік постраждалих становив $35,0 \pm 0,5$ років. За статевою характеристикою, загальний масив розподілився наступним чином: чоловіків було 76,6%, жінок – 23,4%. Середній ліжко-день склав 12,1. Летальність в загальному масиві дослідження становила 7,04%.

Результати та їх обговорення. На підставі вивченого матеріалу, ми вважаємо, що огляд постраждалого з ППП потрібно розпочинати з визначення у нього шоку та обставин травмування (механізму травматизму та часу травмування), якщо це дозволяє стан постраждалого та має місце вербальний контакт з травмованим. Необхідно також звертати увагу на прояви травм на тілі постраждалого, бо вони дозволяють уявити локалізацію припустимих

пошкоджень. Водночас, потрібно провести оцінку вітальних функцій організму та вирішити питання, яке з пошкоджень є причиною порушення цих функцій.

Виходячи з положення, що „легкої політравми” не буває, а у даній категорії постраждалих, в кращому випадку, може спостерігатись лише легкій перебіг ТХ, вважаємо за доцільне, постраждалого з ППП обов’язково оглядати в умовах протишокової палати, де поруч з визначенням попереднього діагнозу та домінуючої травми, проводять необхідні протишовкові заходи. Це зумовлено тим, що від адекватності обраної лікувально-діагностичної тактики, насамперед, буде залежить одужання цих постраждалих. Водночас, усі маніпуляції та методи дослідження, які погіршують стан постраждалого, значно затримують проведення оперативного втручання та ускладнюють роботу лікаря-реаніматолога, повинні бути викреслені з переклику діагностичних заходів.

В медичній літературі можна зустріти рекомендації що до використання у постраждалих з ППП правилу „трьох”, „чотирьох” або „п’яти катетерів” [4, 6, 7, 13]. На наш погляд, ці керівництва до дій, за характером призначення, потрібно розподілити на:

- лікувальні (катетеризація центральної вени, інтубація трахеї);
- лікувально-діагностичні (торакопункція);
- діагностичні (катетеризація сечового міхура, лапароцентез).

На підставі аналізу результатів лікування 6266 постраждалих, нами була розроблена наступна протокольна схема клінічного огляду постраждалих з ППП, яка повина включати до себе:

- огляд дихальних шляхів та оцінку функції зовнішнього дихання, включаючи визначення частоти дихальних рухів, проведення перкусії грудної клітки та аускультатії легень, рентгенографію органів грудної клітини (при неможливості адекватного самостійного дихання, потрібна термінова інтубація легень; при наявності показників - виконання торакопункції);
- визначення Ps та АТ (при наявності нестабільної гемодинаміки - встановлення венозного доступу для проведення протишовкової терапії);

- оцінку свідомості за ШКГ та функції центральної нервової системи, рентгенографію черепа у двох проекціях (при сумнівах – додатково виконується КТ або СКТ головного мозку та Lp);
- пальпацію передньої черевної стінки, перкусію та аускультацию черевної порожнини (при сумнівах - проведення УЗД або СКТ органів черевної порожнини та заочеревного простору; при наявності достовірних ознак пошкодження внутрішніх органів, - негайне виконання діагностичного лапароцентезу);
- катетеризацію сечового міхура (при підозрі на розрив сечового міхура - виконання проби Зельдовича або контрастної цистографії);
- пальцеве дослідження per rectum (для виявлення можливих її розривів; виявлення вільної рідини в малому тазі);
- ретельний огляд сегментів опорно-рухової системи (при наявності показників та для уточнення діагнозу - рентгенографію у двох проекціях визначених сегментів, додаткову іммобілізацію раніш невиявлених переломів кісток та заміну транспортних шин на гіпсову іммобілізацію або скелетний витяг з подальшим рентгенологічним контролем);
- діагностику можливих супутніх та хронічних захворювань у постраждалого, особливо це стосується постраждалих похилого та старечого віку (ЕКГ, огляд терапевта, ендокринолога).

Коли стан постраждалого з ППП стабільний та він не потребує проведення екстреного оперативного втручання за життєвими показниками, - постраждалий (під наглядом лікаря реаніматолога) направляється на додаткове інструментальне дообстеження (у разі необхідності – рентгенографія черепа, органів грудної клітини, кистяку; УЗД органів черевної порожнини та плевральної порожнини; КТ головного мозку; СКТ та MRT окремих анатомо-функціональних ділянок організму; тощо). Ці положення підтверджуються висловлюваннями ряду авторів про те, що постраждалі, зі стабільними показниками життєво важливих систем організму, потребують проведення повного комплексу діагностичних заходів [9, 12, 13].

Якщо під час обстеження визначено, що постраждалий не потребує оперативного втручання (у постраждалого виключено пошкодження життєво важливих органів та систем організму), він госпіталізується або в профільне відділення, або у відділення інтенсивної терапії (в залежності від характеру отриманих пошкоджень та тяжкості стану) під динамічний нагляд з боку лікаря-хірурга та лікаря-реаніматолога.

Якщо під час обстеження визначено, що постраждалий потребує оперативного втручання (у постраждалого встановлено, або на даний час не може бути повністю виключено пошкодження життєво важливих органів та систем організму), - він прямує до операційної для виконання необхідних лікувально-діагностичних оперативних втручань.

Висновки.

1. Діагностика пошкоджень у постраждалих з полісистемними та поліорганними пошкодженнями потрібна включати до себе усі необхідні діагностичні (як інструментальні, так і оперативні) засоби, щодо можливих ушкоджень анатомо-функціональних ділянок у постраждалого.
2. Коли дані клінічного обстеження постраждалого малоінформативні, - саме інструментальні та оперативні методи дослідження набувають провідного значення при встановленні діагнозу.

Література.

1. Актуальные проблемы организации помощи пострадавшим при дорожно-транспортной множественной и сочетанной травме / Пастернак В.Н., Худобин В.Ю., Пастернак В.В., Шпаченко Н.Н., Чирах С.Х. // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2002. – №3 – С. 82-87.
2. Голобородько М.К., Голобородько М.М. Політравма життєво важливих органів: принципи інтенсивної терапії та інтенсивної хірургії // Одеський медичний журнал. – 2004. – №4 (84) – С. 4-6.
3. Денисенко В.М., Король С.О. Про єдині підходи до класифікації тяжкості поєднаної травми // Одеський медичний журнал. – 2004. – №4 (84) – С. 33-34.
4. Діагностика і тактика лікування при закритій торакоабдомінальній травмі / Запорожченко Б.С., Міщенко В.В., Шивлов В.І., Бородаєв І.Є., Качанов В.М. // Одеський медичний журнал. – 2004. – №4 (84) – С. 36-38.
5. Довлатян А.А., Черкасов Ю.В. Травмы органов мочеполовой системы // Урология. – 2003. – №4 – С. 52-57.
6. Кравец А.В., Кравец В.П. Диагностика и лечение больных с закрытыми

- повредженнями органів брюшної порожнини в поєднанні з черепно-мозговою травмою // Лікарська справа. – 2005. – №1-2 – С. 72-75.
7. Кравченко О.І., Петров С.Р. Політравма мирного часу: характер, тактичні і діагностичні помилки при наданні допомоги потерпілим // Одеський медичний журнал. – 2004. – №4 (84) – С. 42-43.
 8. Ляпіс М.О., Іващук Л.Ю., Ушанов Ю.О. Досвід лікування політравми з ушкодженням внутрішніх органів // Одеський медичний журнал. – 2004. – №4 (84) – С. 48-49.
 9. Малоінвазивні методи в діагностиці і лікуванні абдомінальної травми / Міміношвілі О.І., Сомов А.Д., Антонюк О.С., Ніконова О.О., Сопельняк В.П. // Одеський медичний журнал. – 2004. – №4(84) – С. 53-55.
 10. Медицинская помощь пострадавшим с политравмой при ДТП на догоспитальном этапе / А.Е. Лоскутов, А.Н. Кондрашов, А.М. Гулай, Д.А. Синегубов // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2002. – №3 – С. 96-98.
 11. Основні напрямки удосконалення організації медичної допомоги при дорожньо-транспортних травмах на догоспітальному етапі / Яремко Д.О., Шевченко О.Г., Зайцев О.О., Довбій Н.П., Єфімов Р.В. // Ортопедия, травматол. и протезирование. – 2003. – №2 – С. 42-45.
 12. Особливості діагностики і лікування поєднаної черепно-мозкової травми / А.С. Сон, А.А. Шинкарьок, Т.В. Хомицька, В.В. Решетняк // Одеський медичний журнал. – 2004. – №4 (84) – С. 74-77.
 13. Павловський М.П., Трутяк І.Р., Герич І.Д. Травматичні ушкодження паренхімних органів черевної порожнини: хірургічні аспекти // Одеський медичний журнал. – 2004. – №4(84) – С. 60-62.