

ДОСВІД НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОТЕРПЦІМ З МНОЖИННИМИ ТА ПОЄДНАНИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ВІДДІЛЕННЯ ПОЛІТРАВМИ

В.Г.Ринденко, Г.Р.Гільборг, С.В.Ринденко, А.Ю.Павленко

**Харківська медична академія післядипломної освіти,
Харківська міська лікарня швидкої та невідкладної
медичної допомоги ім. проф. А.І.Мещанінова
Харків, Україна**

У статті наведено дані про організаційні питання надання медичної допомоги постраждалим з множинними та поєднаними пошкодженнями в умовах спеціалізованого відділення політравми. Узагальнено досвід основних напрямків роботи, обґрунтовано раціональність штатної структури спеціалізованого відділення політравми.

Ключові слова: політравма, лікування, організація.

Постановка проблеми

Суттєве вдосконалення допомоги постраждалим з множинними та поєднаними пошкодженнями припадає на 70-ті роки минулого століття, коли практично було завершено створення системи надання допомоги. Складовими частинами є максимальне наближення допомоги до місця нещасного випадку, скорочення кількості етапів, а значить, і терміну надання та дотримання нових принципів та концепцій лікування травм.

За кордоном найбільш досконалою системою допомоги при політравматичних пошкодженнях вважається система EMSS — Emergency Medical Service System, яка поєднує в собі відділення догоспітальної допомоги та травматологічні стаціонари певного регіону. На вістрі догоспітальної допомоги знаходяться два типи бригаад. Перша з них представлена на рівні «парамедиків», які проводять основні заходи першої (екстреної) медичної допомоги — BLS (basic life support). Ці

бригади «замкнені» на місцеві травмоцентри. Спеціалізована лікарняна допомога на догоспітальному етапі надається ALS (advanced life support), які працюють з травмоцентрами першого рівня. У свою чергу, в залежності від можливостей стаціонарів госпітальна допомога надається в лікарнях трьох рівнів. У лікарнях III рівня надається реанімаційна та невідкладна медична допомога. II рівень представлений районними травмоцентрами, в яких проводяться всі термінові оперативні втручання та інтенсивна терапія. I рівень — це регіонарні багатопрофільні центри, які в змозі надати повний об'єм допомоги при пошкодженнях усіх органів та систем [10-12].

У країнах Західної Європи та Північної Америки, які раніше звернули увагу на негативні наслідки для суспільства множинних та поєднаних пошкоджень, досягнуті суттєві успіхи як в профілактиці, так і в лікуванні цього виду травматичних уражень. Так, кількість випадків політрам з летальним наслідком та інвалідність зменшились в 2 і більше разів. Термін не тільки стаціонарного, а і реабілітаційного періодів скоротився в 4 рази [7].

У нашій державі в даний час проходить становлення система надання допомоги потерпілим з множинними та поєднаними пошкодженнями в двох напрямках: розробка теоретичних засад створення системи центрів травми та підготовка фахівців для надання допомоги на догоспітальному етапі.

За даними Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, на 2006 р. такі центри практично існують в Харкові, Донецьку, Львові та Києві. Причому в Києві відпрацьовується дві моделі центрів травми: відділення політрами на базі лікарні №17, яке забезпечене всіма фахівцями, та центр травми з профільними відділеннями на базі ЛШМД [3].

Яскравим прикладом двохетапного надання допомоги потерпілим з множинними та поєднаними пошкодженнями є досвід роботи відділення політрами Інституту швидкої допомоги ім. М.В.Скліфосовського в Москві, куди потерпілі переводяться з реанімаційного відділу [6]. Аналізуючи роботу цього відділення, В.А.Соколов звертає увагу на те, що для забезпечення наступності в лікувальному процесі у відділення повинні госпіталізуватись постраждалі повторно для реабілітаційного лікування [8].

Двохетапне надання допомоги при політрамві має суттєві недоліки. Так, А.В.Бондаренко [1] вказує, що лікування постраждалого в спеціалізованому відділенні по домінуючому пошкодженню час-

то супроводжувалось затримкою в проведенні оперативної стабілізації переломів або виявлялись дефекти в лікуванні черепно-мозкових та порожнинних травм. Стосовно фахового забезпечення медичної допомоги потерпілим при політравмі існують різні та навіть протилежні думки. Так, Г.Г.Роцін зі співавт. [5] схиляється до доцільності надання допомоги на догоспітальному етапі особами, які не мають спеціальної медичної освіти (подібно «пара медикам» в США), а в стаціонарі ввести спеціальність «лікар-хірург пошкоджень». У той же час М.І.Хвисюк зі співавт. [9] вважають, що при сучасній інформативній навантаженості «хірург пошкоджень» не зможе надати висококваліфікованої допомоги при пошкодженнях різних систем, і пропонують поліпшити рівень знань «вузьких спеціалістів» з проблеми політравми в загальнобіологічному плані та принципів та концепцій лікування травм.

Таким чином, проведений аналіз організаційних засад з надання допомоги потерпілим з множинними та поєднаними пошкодженнями дозволяє зробити однозначний висновок: якісна екстрена медична допомога потерпілим при політравмі може бути забезпечена в спеціалізованому центрі на базі багатопрофільної лікарні, а ядром такого центру повинно бути відділення політравми [2].

Розв'язання проблеми

У Харкові відділення політравми відкрито 17.07.1992 р. на основі наказу Харківського міського відділу охорони здоров'я на базі лікарні швидкої медичної допомоги. Залишається дивуватись передбачливості організаторів щодо штатного розкладу та структури відділення. Перш за все треба наголосити на поєднанні догоспітального та госпітального етапів щодо єдності керівництва — головний лікар лікарні є керівником служби швидкої медичної допомоги. Це забезпечує спадкоємність у наданні допомоги, взаємну інформованість стосовно її якості та безперервність у підвищенні кваліфікації лікарів догоспітального етапу.

Принципові положення для лікарів догоспітального етапу при наданні допомоги потерпілим складаються з таких постулатів:

- на місці пригоди основне завдання лікаря — оцінити тяжкість стану потерпілого та провести якісну первинну медичну допомогу. Детальне встановлення характеру пошкодження має другорядне значення і не повинне відволікати увагу лікаря від потерпілого. Лікаря догоспітального етапу не дорікають за розбіжності в діагнозі зі стаціонаром;

- у відділення політравми доставляються хворі, у яких за механізмом травми можливі множинні та поєднані пошкодження. Основні механізми травми такі: дорожньо-транспортні пригоди, кататравма, вогнепальні та ножові поранення, травми при техногенних катастрофах, травми в результаті побиття та ін.

Таким чином, перед лікарем догоспітального етапу не стоїть дилема — є чи немає у потерпілого політравма? А значить, і немає вагань щодо лікувального закладу, куди треба доставити потерпілого незалежно від графіку ургентності по місту. Це захищає хворого від перетранспортувань з одного лікарняного закладу в інший та негативних наслідків такого явища.

Незважаючи на наявність у лікарні самостійного відділення реанімації та інтенсивної терапії, у склад відділення політравми спочатку входило дві палати реанімації та інтенсивної терапії. Ці палати були укомплектовані штатом анестезіологів-реаніматологів, анестезистами та медсестрами. Цим персоналом надавалось реанімаційно-анестезіологічне забезпечення потерпілого, починаючи з приймального відділення, під час проведення оперативних втручань та в ранньому післяопераційному періоді — хворий з операційної потрапляв у палати реанімації та інтенсивної терапії. Таким чином була забезпечена спадкоємність у проведенні анестезіологічної, реанімаційної допомоги та інтенсивної терапії. Подальше удосконалення в наданні анестезіологічно-реанімаційної допомоги призвело до відкриття в складі відділення політравми відділення анестезіології та інтенсивної терапії на 12 ліжок.

Відділення політравми із самого початку було укомплектовано основними спеціалістами, необхідними для надання медичної допомоги при множинних та поєднаних пошкодженнях, — анестезіологами-реаніматологами, хірургами, нейрохірургами та травматологами. Штат ургентної бригади також складався з основних спеціалістів.

На сьогоднішній день стаціонарна допомога потерпілим з політравмою надається у функціональному об'єднанні в складі відділення політравми на 60 ліжок та відділення анестезіології та інтенсивної терапії на 12 ліжок, сумісних територіально.

Штатний розклад відділення політравми (посадові особи) виглядає таким чином: зав. відділенням — 1,0, хірурги — 13, травматологи — 9,5, нейрохірурги — 6,0, терапевт — 1,0, судинний хірург — 0,5 посадової особи. Крім того відділення постійно консультує психіатр, що знаходиться у штаті нейрохірургічного відділення. До речі, при-

близно 40% пацієнтів відділення потребують психіатричної допомоги. На нашу думку, психотерапевтичної допомоги потребують усі потерпілі — травма приводить до «незапланованої» зміни життя і супроводжується більш чи менш вираженою стресовою реакцією.

Лікарський штатний розклад відділення анестезіології та інтенсивної терапії включає 9,75 посадових осіб.

Кількісний та якісний склад персоналу дозволяє надавати висококваліфіковану допомогу в повному обсязі, а відділення може працювати в «автономному режимі».

Постраждали з наявними та можливими множинними та поєднаними пошкодженнями доставляються в приймальне відділення, де одночасно оглядаються хірургом, травматологом, нейрохірургом (з урахуванням механізму травми). Потерпілі, що потребують реанімаційних заходів та інтенсивної терапії, доставляються в реанімаційну палату приймального відділення, де проводиться лікування та обстеження. У залежності від результатів обстеження хворий може госпіталізуватися у відділення політравми при наявності (або підозрі) множинних та поєднаних пошкоджень або в профільне відділення при ізольованих травмах. Ті, хто потребує невідкладних оперативних втручань, направляються в операційну. Таким чином, у приймальному відділенні проводиться перший етап внутрішньолікарняного сортування.

Умовно потерпілих, госпіталізованих у відділення політравми, можна розділити на дві групи: потерпілі з діагностованими на ранньому госпітальному етапі множинними та поєднаними пошкодженнями та постраждали з діагностованими ізольованими пошкодженнями і підозрою на можливість супутніх пошкоджень. І групі постраждалих проводилось адекватне лікування всіх пошкоджень відповідно до «діагностичної концепції» — розгорнутий клінічний діагноз пошкоджень органів та систем з констатацією ступеня тяжкості травми по ISS. Хворим 2 групи намічався план дообстеження з використанням об'єктивних методів у напрямку виключення можливих пошкоджень відповідно до механізму травми. При наявності ізольованих пошкоджень постраждали, як правило, переводились у профільне відділення — приблизно 12-15%. Якщо пошкоджень, які потребують стаціонарного лікування, не виявлено, постраждали виписувались на амбулаторне лікування. Таким чином проводився другий етап внутрішньо-лікарняного сортування.

Причини травм у потерпілих різні — ДТП, кататравма, побиття, ножові та вогнепальні поранення. «Причинним» лідером є «вбивця мирного

часу» — ДТП. Другу позицію займає кататравма. При цьому слід зауважити, що більшість кататравм припадає на людей з порушеннями психічного стану внаслідок психічних захворювань, наркоманії та алкоголізму.

У клініці при виборі об'ємів оперативних втручань та послідовності їх виконання застосовується лікувальна тактика «damage control» (контроль пошкоджень).

Слід звернути увагу на таку особливість роботи відділення анестезіології та інтенсивної терапії в складі відділення політравми, як спадкоємність та безперервність лікувального процесу: анестезіолог забезпечує не тільки операційний етап, а і продовжує надання необхідної допомоги в палатах інтенсивної терапії, де проводиться корекція систем життєзабезпечення. Кількість потерпілих, що користувались послугами палат інтенсивної терапії, у 2007, 2008, 2009 рр. становили 584, 514 та 434 відповідно. За цей же час у палатах інтенсивної терапії померло 109, 112 та 80 потерпілих відповідно. Основними причинами смерті були поліорганна недостатність, гострий респіраторний дистрес-синдром, незворотній травматичний шок та дислокація головного мозку.

Є помітною тенденція в зменшенні летальності, що може бути розцінено як ознака відпрацьованої системи надання допомоги в ланцюгу «приймальне відділення — операційна — палати інтенсивної терапії — палати відділення полі травми».

Робота відділення політравми проводиться у чотирьох напрямках: лікувальному, навчальному, науково-дослідницькому та видавничьому.

Лікувальна робота. Загальна координація лікувальної роботи проводиться завідуючим відділенням (хірург) та керівником клініки (професор, ортопед-травматолог). Крім того хірургічний напрямок курує доцент кафедри госпітальної хірургії медичного університету. Крім повсякденної лікувальної роботи завданням кураторів є провадження нових методів діагностики та лікування.

Навчальна робота. Відділення політравми є базою кафедр госпітальної хірургії та анестезіології Харківського медичного університету та кафедри травматології, вертебрології та анестезіології і кафедри медицини невідкладних станів, медицини катастроф та військової медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти. Треба відмітити плідне співробітництво працівників кафедри різних установ.

Щоденна навчальна робота включає в себе консультативні обходи, консультації, клінічні розбори тощо. Згідно з планом проводяться реферативні та патологоанатомічні конференції.

Науково-дослідницька робота проводиться співробітниками не тільки кафедр, а й відділення. Так, тільки за три роки співробітниками відділення захищено 3 кандидатські дисертації, виконується 3 докторські дисертації (нейрохірургом, травматологом та хірургом). Наукова новизна цих робіт підтверджена 14 винаходами.

Видавницька робота. За безпосереднім сприянням адміністрації видано 6 збірників наукових праць. Із них один монотематичний — «Політравма». Крім того співробітники відділення беруть активну участь у роботі з'їздів, конференцій. Тільки за останні п'ять років опубліковано більше 250 наукових праць.

Заключення

Проведений нами неповний аналіз роботи відділення політравми свідчить про успішне поєднання лікувальної, навчальної та наукової складової сучасної медицини, без якого якість медичного обслуговування не може відповідати сучасним потребам. Ми не претендуємо на унікальність досвіду, а просто ділимося з надією, що він може стати корисним для організаторів охорони здоров'я, практиків та вчених.

Література

1. Бондаренко А.В. Специализованная медицинская помощь при политравме в крупном городе / А.В.Бондаренко / Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии поврежденных мирного времени. — СПб., 2006. — С. 18-19.
2. Бондаренко А.В. Организация специализированной помощи при политравме в крупном городе / А.В.Бондаренко // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. — 2005. — №4. — С. 81-84.
3. Гайдаев Ю.О. Необходимость створення системи центрів травми в Україні / Ю.О.Гайдаев, П.Д.Фомін, Г.Г.Рошін [та ін.] // Проблеми військової охорони здоров'я. — К., 2006. — С. 3-15.
4. Гуманенко Е.К. Политравма. Актуальные проблемы и новые технологии в лечении / Е.К.Гуманенко / Новые технологии в военно-полевой хирургии поврежденных мирного времени. — СПб., 2006. — С. 4-14.
5. Рошін Г.Г. Кадрова проблема в лікуванні тяжкої травми / Г.Г.Рошін, М.М.Михайлівський, Б.В.Доманський, С.В.Синельник / Проблеми військової охорони здоров'я. — К., 2006. — С. 172-177.
6. Соколов В.А. 30-летний опыт работы отделения политравмы в НИИСП им. Н.В.Склифосовского / В.А.Соколов / Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии поврежденных мирного времени. — СПб., 2006. — С. 14.

7. Соколов В.А. «Damage Control» — современная концепция лечения пострадавших с критической политравмой / В.А.Соколов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. — 2005. — №1. — С. 81-84.
8. Соколов В.А. Отделение множественной и сочетанной травмы / В.А.Соколов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. — 2005. — №4. — С. 85-89.
9. Хвисяк М.І. Шляхи удосконалення надання допомоги потерпілим з множинними та поєднаними пошкодженнями / М.І.Хвисяк, В.Г.Ринденко, М.І.Завеля, С.В.Ринденко / Проблеми військової охорони здоров'я. — К., 2006. — С. 87-92.
10. Alevander R.H. The effect of advanced life support and sophisticated hospital system on motor vehicle mortality / R.H.Alevander, P.T.Dons, G.Kriseher, P.Hunt // J. Trauma. — 1984. — Vol. 24. — P. 486-489.
11. Boyd D.R. Comprehensive Regional trauma: emergency medical services (EMS) delivery systems: The United States experience / D.R.Boyd, R.A.Cowley // World J. Surg. — 1983. — Vol. 7. — P. 149-157.
12. Reines H.D. Is advanced life support appropriate for victims of motor vehicle accidents. The south Carolina highway trauma project / H.D.Reines // J. Trauma. — 1988. — Vol. 28. — P. 563-570.

***В.Г.Рынденко, Г.Р.Гильборг, С.В.Рынденко, А.Ю.Павленко.
Опыт оказания помощи пострадавшим со множественными
и сочетанными поражениями в условиях специализированного
отделения политравмы. Харьков, Украина.***

Ключевые слова: политравма, лечение, организация.

В статье приведены данные об организационных вопросах оказания медицинской помощи пострадавшим с множественными и сочетанными повреждениями в условиях специализированного отделения политравмы. Обобщен опыт основных направлений работы, обоснована рациональность штатной структуры специализированного отделения политравмы.

***V.G.Ryndenko, G.R.Gilborg, S.V.Ryndenko, A.Yu.Pavlenko.
Medical care to multiple and polytrauma patients in specialized
polytrauma department. Kharkiv, Ukraine.***

Key words: polytrauma, treatment, organization.

In article data about organizational questions of rendering of medical aid the victim with multiple injures in specialized polytrauma department are cited. Experience of the basic directions of work is generalized, rationally of regular structure of specialized polytrauma department is proved.