

УДК 616.7-001-083.98:614.86(1-22)

Алгоритм надання медичної допомоги у разі дорожньо-транспортної політравми в умовах сільської місцевості на ранньому госпітальному етапі

В.Д. Шищук

Медичний інститут Сумського державного університету. Україна

An algorithm was developed for giving emergency medical aid to casualties with multiple road accident injuries, inflicted in rural conditions, at an early hospital stage. The article describes the basic principles of giving medical aid in conditions of trauma centres and roadside hospitals. Kinds of transportation of the casualties and methods of their surgical treatment are analysed.

Разработан алгоритм оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим с дорожно-транспортной политравмой, полученной в условиях сельской местности на раннем госпитальном этапе. Работа включает основные принципы медицинской помощи в условиях центра травмы и притрассовых больниц. Проанализированы виды транспортировки пострадавших и методы хирургического лечения.

Ключові слова: політравма, опорно-рухова система, ранній госпітальний етап

В Україні існує серйозна проблема надання допомоги за дорожньо-транспортних травм у сільській місцевості. Так, майже 80% постраждалих у ДТП, в тому числі з політравмою, першу допомогу надавали на рівні центральних районних лікарень, яким на сьогодні бракує необхідного медичного обладнання та лікарських засобів, а також у багатьох випадках висококваліфікованих хірургів, анестезіологів, травматологів, нейрохірургів тощо. Усе це призводить до значних діагностичних і лікувальних помилок, що складають від 20% до 40%, та, у свою чергу, зумовлюють високу смертність, якої можна було б уникнути.

У сучасній науковій літературі недостатньо визначені основні критерії та особливості перебігу травматичного процесу у постраждалих з дорожньо-транспортною політравмою. Важливого значення ця проблема набуває у мешканців сільської місцевості, де несвоєчасна і недостатня невідкладна медична допомога на етапі евакуації до лікувального профільного закладу призводить до високого ступеня смертності, первинної інвалідності у зв'язку з тяжкими ушкодженнями опорно-рухової системи (ОРС) [15, 16].

З науковою тематикою поданого дослідження пов'язано цілу низку публікацій таких фахівців

як Л.М. Анкін [1], М.І. Березка, С.О. Гур'єв [3], А.Г. Істомін [4], В.Г. Клімовицький [5], М.О. Корж [7], В.Г. Ринденко [11] та ін. Зарубіжні науковці питанням політравми та принципам лікування множинних і поєднаних ушкоджень також приділяють певну увагу [10, 11].

За умов покращення системи надання екстреної медичної допомоги в Україні щороку є можливість врятувати 30–50 тис. постраждалих. Тому на сьогодні актуальна розробка стандартів лікувально-діагностичного процесу для постраждалих з дорожньо-транспортною політравмою опорно-рухової системи, яку отримано в сільській місцевості, особливо на ранньому госпітальному етапі.

Мета дослідження: розробити уніфіковану систему (алгоритм) надання невідкладної медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі постраждалих з дорожньо-транспортною політравмою ОРС, яку отримано в сільській місцевості.

Матеріал і методи

Матеріалом дослідження стали історії хвороб 552 постраждалих у ДТП з політравмами ОРС, які перебували на лікуванні і під наглядом у Сумському обласному ортопедо-травматологічному центрі протягом 1997–2007 р.

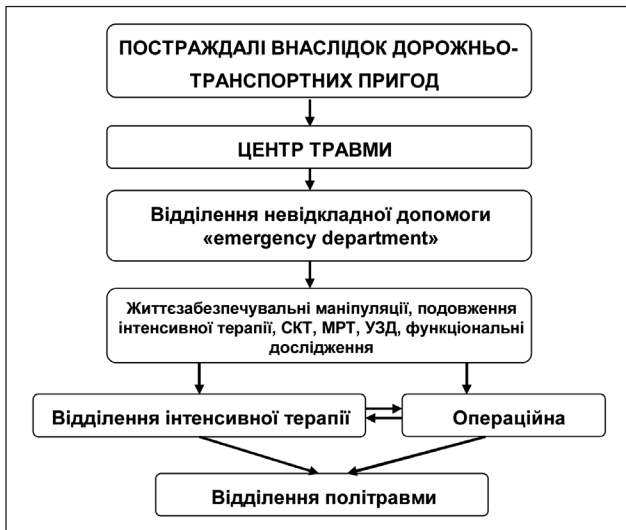


Рис. 1. Схема надання медичної допомоги постраждалим у ДТП на ранньому госпітальному етапі в умовах центру травми

Результати та їх обговорення

У зв'язку із доведеним у нашому дослідженні суттєвим впливом на подальший перебіг травматичної хвороби та реабілітацію постраждалих з дорожньо-транспортною політравмою ОРС якості надання медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі було розроблено схему уніфікованої системи надання медичної допомоги хворим цієї категорії (рис. 1).

Надання медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі в центрі травми передбачає розподіл постраждалих з дорожньо-транспортною

політравмою за домінуючим фактором; проведення життєзабезпечувальних маніпуляцій на фоні інтенсивної противошокової терапії після стабілізації стану пацієнта; подовження інтенсивної терапії; виконання СКТ, МРТ, УЗД, функціональних досліджень для ранньої вірогідної діагностики ушкоджень.

Подальше надання медичної допомоги постраждалим з політравмою, яку отримано внаслідок ДТП, проводять у відділеннях інтенсивної терапії, де пацієнтів готують до стабілізації стану та визначають показання і характер хірургічних втручань. Після проведених маніпуляцій постраждалі повинні знаходитися під наглядом кваліфікованого медперсоналу відділення політравми.

Принципи надання медичної допомоги постраждалим з дорожньо-транспортною політравмою на ранньому госпітальному етапі в умовах притрасової лікарні включають первинну діагностику ушкоджень, яка передбачає оцінку стану і розподіл постраждалих за ступенем шоку (рис. 2).

Пацієнтів, оцінка тяжкості стану яких знаходиться у межах від 16 до 20 балів за шкалою ISS, обстежують у звичайному режимі в передопераційному залі, де поряд із діагностикою нозологічного характеру ушкоджень внаслідок ДТП проводять інфузійну терапію.

Постраждалих, оцінка тяжкості ушкоджень яких знаходиться у межах від 20 до 28 балів, обстежують у приймальному відділенні. Доцільно проводити дослідження цих пацієнтів в умовах протишокової



Рис. 2. Схема алгоритму надання медичної допомоги постраждалим з різною тяжкістю політравми на ранньому госпітальному етапі в умовах притрасової лікарні

палати на фоні протишокової та інфузійної терапії, а діагностичні маніпуляції синхронізувати з діями анестезіологічно-хірургічної бригади. У разі ефективних протишовкових заходів і відсутності ознак недостатності функціонування систем життєзабезпечення та порушень свідомості, які потребують моніторингу та лікування у відділенні інтенсивної терапії, хворого направляють для подальшого лікування у травматологічне або відділення політравми. Хірургічне лікування відкритих переломів кісток можна проводити після стабілізації стану хворого через 2–3 доби. Потім постраждалих переводять до спеціалізованого хірургічного відділення.

Відстрочені хірургічні втручання проводять до періоду реабілітації.

Для групи постраждалих з політравмою ОРС унаслідок ДТП з оцінкою тяжкості ушкоджень від 28 до 39 балів та більше дуже важливо розпочати протишовкові заходи на догоспітальному етапі, включаючи інфузійну терапію, інтубацію та проведення за необхідністю штучної вентиляції легень. У разі виконання цієї вимоги зменшується час на передопераційну підготовку. Таким хворим після короткого огляду доцільно виконувати подальше обстеження в умовах операційної одночасно з проведенням лікувальних заходів. За недостатньої медичної допомоги на догоспітальному етапі, коли необхідні негайні реанімаційні заходи, їх проводять у протишовковій палаті. У разі ефективного лікування хворого переводять до операційної, а після завершення операцій першої черги його направляють до відділення інтенсивної терапії. За

відкритих переломів у випадках стабілізації стану хворого під час виконання операцій першої черги можлива первинна хірургічна обробка рани з остеосинтезом апаратами зовнішньої фіксації. У разі відсутності стабілізації загального стану хворого і зовнішньої кровотечі доцільно обмежитися адекватною обробкою рани, а остеосинтез апаратом зовнішньої фіксації провести після поліпшення стану постраждалого.

Постраждалих у стабілізованому стані направляють для подальшого лікування у центр травми.

У результаті впровадження уніфікованої системи (алгоритму) надання медичної допомоги постраждалим з дорожньо-транспортною політравмою ОРС на ранньому госпітальному етапі в умовах центру травми було встановлено, що найбільш прийнятним видом транспортування постраждалого є реаніомобіль (табл. 1).

Найбільш тяжким ушкодженням внаслідок ДТП є поєднана черепно-мозкова травма з травмою опорно-рухової системи. Завдяки відповідному знеболенню та іммобілізації сегментів ОРС і хребта (шийного, грудного відділу) вдалося знизити відсоток постраждалих з травматичним шоком.

Аналіз методик хірургічного лікування 176 постраждалих з дорожньо-транспортною політравмою на ранньому госпітальному етапі (табл. 2) показав, що найбільш ефективним методом лікування тяжкої множинної травми ОРС є позавогнищевий остеосинтез стержневими та спицестержневими апаратами. Для 17 постраждалих використано фіксаційний метод лікування. Застосування позавогнищєвого остеосинтезу стержневими апаратами

Таблиця 1. Транспортування до медичних установ постраждалих з дорожньо-транспортною політравмою до та після впровадження уніфікованої системи клініко-організаційних і лікувально-діагностичних заходів

Вид транспортування	До впровадження		Після впровадження	
	кількість постраждалих	%	кількість постраждалих	%
Реаніомобіль	79	14	139	72
Автомобіль швидкої медичної допомоги	183	33	54	28
Попутний транспорт	278	51	0	0
Самозвернення	12	2	0	0
Всього	552	100	193	100

Таблиця 2. Методи лікування постраждалих з ушкодженнями ОРС внаслідок ДТП на ранньому госпітальному етапі до та після впровадження уніфікованої системи клініко-організаційних і лікувально-діагностичних заходів

Методи лікування	До впровадження		Після впровадження	
	кількість постраждалих	%	кількість постраждалих	%
Позавогнищєвий остеосинтез стержневими апаратами	314	56,9	135	69,9
Позавогнищєвий остеосинтез спицестержневими апаратами	77	13,9	16	8,3
Накістковий остеосинтез	22	4	4	2,1
Інтрамедулярний остеосинтез	61	11	21	10,9
Репозиційний остеосинтез	27	4,9	0	0
Фіксаційний метод лікування	51	9,2	17	8,8
Всього	552	100	193	100

дає можливість забезпечити транспортування постраждалих до центру травми, здійснювати подальшу стабілізацію сегментів та ранню реабілітацію пацієнтів.

Таким чином, розроблена нами схема надання невідкладної медичної допомоги постраждалим з політравмою ОРС внаслідок ДТП в умовах сільської місцевості дає змогу максимальної реалізації можливостей первинної медичної допомоги, зменшення етапності лікування та транспортування постраждалих у найближчі лікувально-профілактичні заклади. Застосування зазначених принципів надання медичної допомоги постраждалим з тяжкими автодорожніми травмами на ранньому госпітальному етапі дає можливість отримати задовільні результати лікування зі зменшенням летальності, ускладнень та виходу на інвалідність пацієнтів працездатного віку.

Література

1. Анкин Л.Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы): пособие / Л.Н. Анкин. — Киев : МЕДпресс-информ, 2004. — 176 с.
2. Ефективність надання травматологічної допомоги постраждалим із uszkodженнями опорно-рухової системи при політравмі в агропромисловому регіоні / Г.В. Гайко, Ю.І. Павлішен, А.В. Калашніков, Т.П. Чалайдюк // Ортопед. травматол. — 2005. — № 2. — С. 99–104.
3. Клинико-организационные принципы, основы и критерии системы оказания медицинской помощи пострадавшим с травматическими повреждениями / С.Е. Гурьев, Н.И. Березка, В.Д. Шищук, А.С. Соловьев // Травма. — 2010. — Т. 11, № 2. — С. 133–141.
4. Лікування постраждалих з полісистемними та поліорганными пошкодженнями в сільській місцевості / С.О. Гур'єв, П.В. Танасієнко, М.М. Хімич, В.Д. Шищук. — Житомир: СПД Медведєва, 2008. — 112 с.
5. Оказание медицинской помощи пострадавшим с политравмой (вопросы организации) / А.Е. Зайцев, Л.В. Гагайзель, Л.Ф. Костенко, А.И. Ткаченко // Политравма. Неотложная медицинская помощь: сб. статей. Вып. 6. — Харьков: «Основа», 2003. — С. 9–15.
6. Корж А.А. Медицинские аспекты автодорожного травматизма / А.А. Корж // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии. — Харьков, 1982. — С. 9–11.
7. Корж М.О. Вибір способу остеосинтезу при переломах кісток / М.О. Корж, Л.Д. Горідова: мат. XII з'їзду травматологів-ортопедів України (Київ, 18–20 вересня 1996 р.). — Київ, 1996. — С. 45–46.
8. Корж М.О. Стратегічні напрямки профілактики дорожньо-транспортного травматизму в Україні / М.О. Корж, В.О. Танькут, В.В. Єгупенко // Политравма. Неотложная медицинская помощь: сб. статей. Вып. 6. — Харьков: «Основа», 2003. — С. 15–18.
9. Павлішен Ю.І. Медична допомога постраждалим із пошкодженнями опорно-рухового апарату при політравмі в умовах сільськогосподарського регіону: автореф. ... канд. мед. наук за спеціальністю: 14.01.21 / Інститут травматології та ортопедії АМН України / Юрій Іванович Павлішен. — Київ, 2005. — 20 с.
10. Некоторые особенности диагностики и лечения множественных повреждений при дорожно-транспортных происшествиях / Н.Е. Полищук, Н.Н. Барамия, Я.С. Кукуруза и др.: тез. докл. обл. науч.-практ. конф. «Политравма». — Харьков, 1986. — С. 78–81.
11. Рынченко В.Г. Принципы лечения переломов таза у пострадавших с множественными и сочетанными повреждениями / В.Г. Рынченко, М.И. Завели, С.В. Рынченко // Политравма. Неотложная медицинская помощь: сб. статей. Вып. 6. — Харьков, 2003. — С. 241–244.
12. Дорожньо-транспортний травматизм як основна причина тяжкої політравми та летальності у молодих людей / В.О. Танькут, Є.Ф. Сидоренко, П.І. Слісаренко та ін. // Политравма — сучасна концепція надання медичної допомоги. — Київ: УВМА, 2002. — С. 29–30.
13. Лечение поврежденных позвоночника у больных с множественными и сочетанными повреждениями в раннем периоде / Н.И. Хвисюк, М.М. Завеля, А.Н. Хвисюк и др. // Политравма. Неотложная медицинская помощь. Сб. статей. Вып. 6. — Харьков, 2003. — С. 226–233.
14. Состояние оказания помощи пострадавшим с политравмой (проблемы, вопросы и перспективы развития) / Н.И. Хвисюк, В.Г. Рынченко, А.Д. Зайцев, В.В. Бойко: зб. наукових праць XIII з'їзду ортопед.-травмат. України. — Донецьк: ТОВ «Лебідь», 2001. — С. 12–14.
15. 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.
16. Яременко Д.О. Інвалідність внаслідок дорожньо-транспортних травм з uszkodженням опорно-рухової системи та заходи з її зниження / Д.О. Яременко, О.Г. Шевченко // Ортопед. травматол. — 2003. — № 4. — С. 79–85.