

УДК 616-001.5-616.71

КОЗОПАС В.С., ФІЛЬ А.Ю., ФІЛЬ Ю.Я., ПУШКАР В.Я., МЕЛЬНИК В.В.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Львівська комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

ЛІКУВАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНА ДОПОМОГА ХВОРИМ ІЗ ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ КІСТОК ТАЗА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ТА РАНЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПАХ

Резюме. Проаналізовано результати діагностики та лікування постраждалих із політравмою та переломами кісток таза на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах. Проведено аналіз дорожньо-транспортних пригод у м. Львові та клініко-статистичний аналіз 143 історій хвороби осіб, які виписалися з лікарні та мали переломи кісток таза у 2008 році.

Ключові слова: політравма, пошкодження таза, догоспітальна та госпітальна допомога.

Актуальність та соціальне значення проблеми поєднаної травми зумовлені високою летальністю та інвалідизацією постраждалих, здебільшого осіб працездатного віку. Динамічне зростання питомої ваги травматизму пов'язано з дорожньо-транспортними пригодами (ДТП) (46–51 %), травмою побутового характеру (21–24 %), виробничою (18 %) та спортивною травмами. Переважна більшість постраждалих гине на етапі гострого періоду травматичної хвороби. Від якості та своєчасності надання екстреної допомоги залежить загальний рівень летальності (Корж М.О., Танькунт В.О., 2002; Лобанов Г.В., Оксимец В.М., Островерхов О.А., 2003; Шевченко В.С., 2003).

Матеріали та методи

Метою нашої роботи було визначення шляхів удосконалення лікувально-організаційної допомоги постраждалим із поєднаною травмою таза, спираючись на результати аналізу лікувального процесу таких хворих.

Провідними причинами тяжких множинних та поєднаних пошкоджень є ДТП та кататравми. Проведено аналіз ДТП у м. Львові за 2008–2011 рр., що обслуговували бригади швидкої медичної допомоги (БШМД).

Результати та обговорення

Під час дослідження встановлено, що кількість постраждалих, які отримали множинні та поєднані травми при ДТП, становить досить значний відсоток травмованих, що подано в табл. 1.

Згідно з даними табл. 1, кількість ДТП-випадків та постраждалих осіб є досить високою, найбільше постраждалих відмічено у 2008 році. З 2009 по 2011 р. кількість суттєво не відрізнялась. У зв'язку з даними показ-

никами нами проведено аналіз історій хвороб осіб, які лікувались у Львівській комунальній міській клінічній лікарні ШМД і мали переломи кісток таза у 2008 році. Клінічні дослідження проводились на базі двох травматологічних відділень. Нами проведений клініко-статистичний аналіз 143 історій хвороб осіб, які виписалися з лікарні й мали переломи кісток таза. Більшість хворих із поєднаною травмою та переломами кісток таза — чоловіки (89; 62,2 %); жінок було 54 (37,8 %). Розподіл хворих за віком і статтю подано в табл. 2.

Як свідчать результати наших досліджень, найбільшу кількість становлять постраждалі віком від 18 до 60 років, тобто люди працездатного віку. Отже, це не тільки суто травматологічна, але й соціально-економічна проблема. Жителів міста було 96 (67,2 %), села — 47 (32,8 %) осіб. Отримали травму у стані алкогольного сп'яніння 14 (9,8 %) чоловіків і 4 (2,8 %) жінки.

Щодо виду травми: побутова — 133 (93 %), виробнича — 7 (5 %), на шляху до роботи — 3 (2 %) випадки.

Основними причинами тяжких множинних та поєднаних пошкоджень кісток таза є травми внаслідок ДТП — 90 випадків, що становило 62,9 % від усіх травм (рис. 1), із них: автонаїзд на пішохода — 64 (44,7 %), водії — 13 (9,1 %), пасажери — 9 (6,3 %), мотоциклетна — 3 (2,1 %), велосипедна — 1 (0,7 %), кататравма — 36 випадків, що становить 25,2 %, залізнична травма — 1 (0,7 %), стиснення — 11 (7,7 %), травма, спричинена дією тупих предметів — 5 (3,5 %).

© Козопас В.С., Філь А.Ю., Філь Ю.Я., Пушкар В.Я., Мельник В.В., 2013

© «Травма», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

Таблиця 1. Кількість постраждалих при ДТП

Показники	2008 р.		2009 р.		2010 р.		2011 р.	
	Абс. чис.	%	Абс. чис.	%	Абс. чис.	%	Абс. чис.	%
ДТП-випадки	991	8,5	768	6,9	724	6,2	760	7,0
ДТП-особи	1209	0,9*	927	0,7*	876	0,65*	935	0,7*

Примітка: * – від усіх обслуговуваних.

Таблиця 2. Розподіл хворих, які мали переломи кісток таза, за віком і статтю

Вік хворих, роки	Чоловіки		Жінки		Разом	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
16–20	13	9,1	6	4,2	19	13,3
21–30	31	21,7	9	6,3	40	28,0
31–40	15	10,4	8	5,6	23	16,0
41–50	12	8,4	5	3,5	17	11,9
51–60	11	7,7	10	7,0	21	14,7
61–70	5	3,5	5	3,5	10	7,0
71–80	1	0,7	7	4,9	8	5,6
81–90	1	0,7	4	2,8	5	3,5
Усього	89	62,2	54	37,8	143	100,0

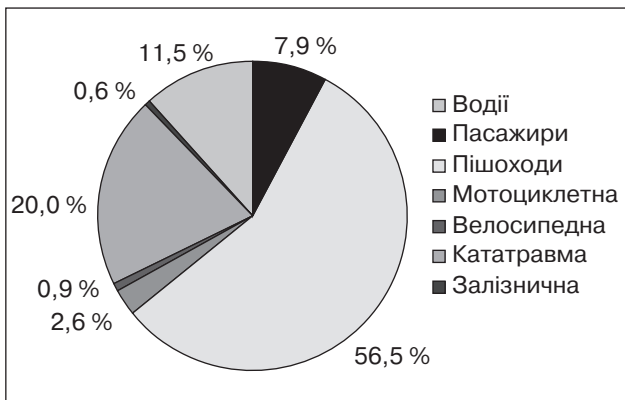


Рисунок 1. Розподіл хворих, які мали переломи кісток таза, за механізмом травми

Виявлена неоднакова кількість госпіталізованих постраждалих, які отримали травму внаслідок ДТП у різні пори й місяці року, що підтверджують дані І.З. Яковцева, С.В. Ринденка та ін. (2007). Розподіл постраждалих за механізмом отримання травми у різні пори й місяці року подано на рис. 2. Відзначаються два підйоми (піки): перший, починаючи з другої половини березня, досягає вершини у квітні, потім поволі знижується до липня; другий відбувається наприкінці літа – на початку осені (серпень-вересень). Значно менше постраждалих у січні, лютому, а також у листопаді та грудні.

Наведені результати свідчать про те, що переважна більшість постраждалих із травмою таза виникає в результаті ДТП, кількість яких зростає весною і на початку осені.

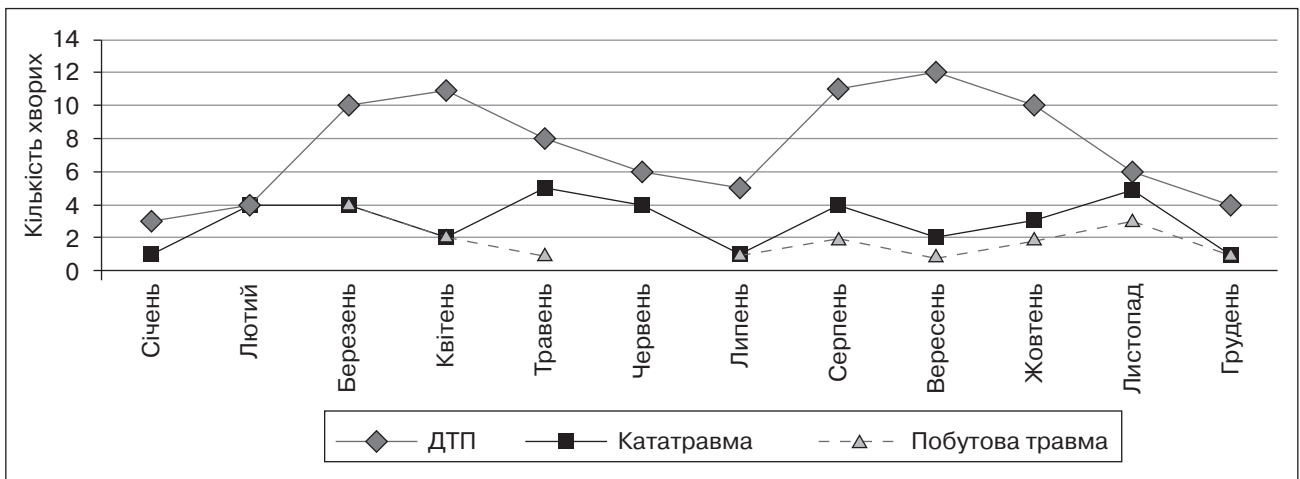


Рисунок 2. Графічне зображення розподілу хворих із травмою кісток таза у різні пори й місяці року

Якість та повноту діагностики ушкоджень на догоспітальному етапі оцінювали шляхом порівняльного аналізу діагнозів, що встановлені лікарем ШМД і лікарем-травматологом стаціонару. Базовими документами були супровідний листок БШМД (форма № 114/0, затверджена наказом МОЗ № 999 від 17.11.2010) на госпіталізованих до лікарні й медичні карти стаціонарних хворих.

При цьому звертали увагу на розбіжність діагнозів, констатували випадки гіподіагностики (коли не були розпізнані певні види ушкоджень). Виявлено, що з 143 хворих, які мали переломи кісток таза, БШМД лише у 19 (13,5 ± 2,8 %) випадках чітко встановлено діагноз «перелом кісток таза», під сумнівом — 6 (4,2 ± 1,7 %), у всіх інших напрямленнях зроблено акцент на переломи кінцівок, ЧМТ, удари, при тому що у постраждалих клінічно (в подальшому при аналізі в стаціонарі) відмічалась виражена нестабільність, патологічна рухомість, були скарги на болі в ділянці таза. У 43 (30,1 ± 3,8 %) постраждалих при переломах вертлюжної западини встановлювався діагноз «перелом шийки стегна». Відповідно й інфузійна протишокова терапія проводилась не в повному обсязі, обмежувалась введенням ізотонічного розчину разом із ненаркотичними анальгетиками (анальгін, димедрол), інколи дексаметазон, фуросемід або L-лізин при ЗЧМТ. Введення наркотичних препаратів було застосовано у 9 (6,3 ± 2,0 %) випадках. Жодному постраждалому, який надійшов до стаціонару, не було проведено іммобілізацію (тазовим поясом та навіть підручними засобами, простирадлом тощо). Хворі надходили на шиті або каталці, в поодиноких випадках — у положенні за Волковичем. Іммобілізація, як правило, проводилась з приводу переломів верхніх та нижніх кінцівок шинами Крамера, Дітерікса або підручними засобами. Час госпіталізації хворих від місця події до стаціонару з-за меж міста становить у середньому 60 хв, у межах міста — 30 хв; найбільша частина часу витрачається на доставку хворого із сільської місцевості — ≈1,5–2,0 год (табл. 3).

Надання першої медичної допомоги в порядку само- і взаємодопомоги учасниками вуличного руху до прибуття БШМД у картах виїзду відзначено лише в поодиноких випадках і не зафіксовано жодного випадку надання допомоги постраждалому у ДТП працівниками ДАІ.

Результати такого аналізу свідчать про наявність значної кількості помилок при діагностиці тяжких травм на догоспітальному етапі, де має розпочатись адекватна невідкладна медична допомога, від якої за-

лежить життя і здоров'я постраждалого. Переломи трубчастих та губчастих кісток, а також ушкодження внутрішніх органів апіорі дозволяє стверджувати, що звичайна в таких випадках крововтрата, яка призводить до гіповолемії, вимагає обов'язкової інфузійної терапії, усім постраждалим. Знеболювання повинне бути адекватним. Провідними методами анальгезії є введення наркотичних анальгетиків, а також новокаїнові блокади місць переломів. Згладженість клінічної картини ушкоджень внутрішніх органів після введення наркотичних анальгетиків обумовлена їх адекватною протишоковою дією і не створює додаткових труднощів у діагностиці для лікарів спеціалізованих відділень. Іммобілізація, що є одним із головних елементів знеболювання, повинна проводитися з використанням стандартних або підручних засобів. Проаналізовані терміни доставки постраждалих не є задовільними. Оптимальним часом надходження до лікувального закладу в усьому світі вважається перша година після травми (так звана золота година). Отже, послідовне дотримання наведеного алгоритму надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі забезпечить її якість і своєчасність, що дасть можливість суттєво покращити основні показники лікування постраждалих.

Підбиваючи підсумки проведеного дослідження, варто відзначити, що низький рівень догоспітальної діагностики лікарями ШМД поряд із суб'єктивними має об'єктивні причини — брак часу та необхідність діагностичного обладнання. Крім того, поєднана травма є надзвичайно складною патологією і потребує кваліфікованого мультидисциплінарного підходу.

Висновки

1. На основі ретроспективного дослідження постраждалих із тяжкою поєднаною травмою і переломами кісток таза встановлено, що в структурі механогенезу травми перше місце займали ДТП (62,9 %).
2. Пошкодження кісток таза є досить частою складовою множинної та поєднаної травми, що значно обтяжує стан постраждалого, особливо у випадках нестабільних переломів.
3. Відсутність своєчасної адекватної стабілізації переломів кісток таза є фактором ризику летальності та розвитку незадовільних результатів лікування постраждалих із політравмою з точки зору функціональних наслідків.
4. Використання запропонованого організаційно-лікувального алгоритму надання допомоги постраждалим із поєднаною травмою та переломами кісток таза,

Таблиця 3. Час госпіталізації хворих

Показники	2008 р.		2009 р.		2010 р.		2011 р.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Усього виїздів	142 192		141 757		144 077		151 227	
До 25–30 хв	97 898	68,9	108 223	76,3	58 456	40,6	83 130	55,0
Понад 30 хв	44 294	31,1	33 534	23,7	85 621	59,4	68 097	45,0

дають змогу отримати вищий відсоток позитивних результатів лікування хворих.

Список літератури

1. Анкин Л.Н. Ошибки и осложнения хирургического лечения нестабильных повреждений тазового кольца у пострадавших с политравмой / Л.Н. Анкин, Я.С. Кукуруз, В.В. Бурлука // Зб. наук. праць УВМА. — 2008. — Вып. 22. — С. 48-54.
2. Гарус А.А., Марков С.О., Ігнатенко Ю.Г. Організація допомоги при поєднаній травмі та шляхи її удосконалення // Травма. — 2010. — Т. 11, № 3. — С. 243-245.
3. Козопас В.С. Закрита поєднана травма таза: епідеміологія, танатогенез, клінічні аспекти лікування на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах: автореф. дис... канд. мед. наук. — Донецьк, 2012. — 20 с.
4. Левенец В.Н. Догоспитальная помощь пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях / В.Н. Левенец, Г.И. Герцен // Клінічна хірургія. — 1995. — № 1. — С. 25-27.
5. Лобанов Г.В. Выбор тактики лечения пострадавших с переломами костей таза в остром периоде политравмы / Г.В. Лобанов, В.М. Оксимец, О.А. Островерхов [и др.] // Травма. — 2003. — Т. 4, № 2. — С. 206-210.
6. Ляпіс М.О. Досвід лікування політравми з ушкодженням внутрішніх органів / М.О. Ляпіс, Л.Ю. Іващук, Ю.О. Ушанов // Одеський медичний журнал. — 2004. — № 4. — С. 48-49.
7. Шалімов А.А., Гайко Г.В., Роцин Г.Г. и др. Концептуальные аспекты оказания неотложной помощи по-

страдавшим с травмой // Клінічна хірургія. — 1998. — № 7. — С. 44-45.

8. Ошибки и недостатки при оказании первой медицинской помощи пострадавшим с политравмой на догоспитальном этапе / А.И. Чемирис, Ю.М. Нерянов, А.В. Кудиевский [и др.] // Травма. — 2003. — Т. 4, № 5. — С. 587-590.
9. Семкович М. Переломы таза в аспекте полиорганной травмы / М. Семкович, Б. Одынський, А. Цабан // Травма. — 2003. — № 2. — С. 121-126.
10. Состояние оказания помощи пострадавшим с политравмой (проблемные вопросы и перспективы развития) / Н.И. Хвсюк, В.Г. Рынденко, А.Е. Зайцев, В.В. Бойко // Сб. науч. тр. XIII съезда ортопедов-травматологов Украины. — Донецк, 2001. — С. 12-14.
11. Шапошников Ю.Г. Принципы этапного лечения политравм при авариях и катастрофах / Ю.Г. Шапошников // Травматология и ортопедия: Учебник. — М., 1998. — Т. 1. — С. 371-376.
12. Champion H.R., Sacco W.J., Copes W.S. et al. A revision of the Trauma Score // J. Trauma. — 1989. — Vol. 5, № 29. — P. 623-629.
13. David S. First Responder: You first response in Emergency Care / S. David // Vones and Bartlett Pub. — 2001. — 474 p.
14. Evers B.M. Pelvic fracture hemorrhage. Priorities in management / B.M. Evers, H.M. Cryer, F.B. Miller // Arch. Surg. — 1989. — № 124. — P. 422-424.

Отримано 27.08.13 □

Козопас В.С., Филь А.Ю., Филь Ю.Я., Пушкарь В.Я., Мельник В.В.
 Львовский национальный медицинский университет
 им. Данила Галицкого
 Львовская коммунальная городская клиническая больница скорой помощи

ЛЕЧЕБНО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ КОСТЕЙ ТАЗА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ

Резюме. Проанализированы результаты диагностики и лечения пострадавших с сочетанной травмой и повреждением костей таза на догоспитальном и раннем госпитальном этапе. Проведен анализ дорожно-транспортных происшествий в г. Львове и клинико-статистический анализ 143 историй болезни лиц, которые выписались из больницы и имели переломы костей таза в 2008 году.

Ключевые слова: сочетанная травма, повреждения таза, догоспитальная и госпитальная помощь.

Ka p a V.S., Fil A.Yu., Fil Yu.Ya, Pu shka r V.Ya, Mel'nik V.V.
 Lviv National Medical University named after Danylo
 Galytsky
 Lviv Municipal City Clinical Emergency Hospital, Lviv,
 Ukraine

MEDICAL-ORGANIZING HELP TO THE PATIENTS WITH CONCOMITANT INJURY OF PELVIC BONES ON PREHOSPITAL AND EARLY HOSPITAL STAGES

Summary. The results of diagnosis and treatment of patients with concomitant injury and pelvic bone injuries at prehospital and early hospital stages have been analysed. The analysis of road accidents in Lviv and clinical statistical analysis were carried out on the basis of 143 clinical record of patients with pelvic bone fractures who were discharged from the hospital in 2008.

Key words: concomitant injury, pelvic injuries, prehospital and hospital care.