

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Красноярская государственная медицинская академия (Красноярск)
Городская больница № 6 им. Н.С. Карповича (Красноярск)
Городская больница № 1 (Норильск)*

Оказание экстренной круглосуточной медицинской помощи больным травматологического профиля занимает большой удельный вес в общей структуре лечебных мероприятий. В настоящее время в наших клиниках отработывается единый алгоритм ведения больных травматологического профиля.

Множество больных, получивших тяжелую механическую травму, не удается вывести из состояния шока на догоспитальном этапе.

Перед врачами стационара встает одновременно много проблем, требующих скорейшего решения: уточнение характера повреждений, оценка их тяжести, оценка степени кровопотери, диагностика внутреннего кровотечения, решение вопроса о сроках операции, объеме, продолжительности и качестве предоперационной подготовки, определение тактики анестезиологического пособия, проведение профилактических мероприятий предполагаемых осложнений и др. Многие из этих задач решаются одновременно несколькими специалистами. Наиболее тяжелые больные с сочетанными травмами перед оперативным вмешательством находятся в отделении реанимации, где им продолжает (или начинает впервые) проводиться интенсивная терапия с одновременной экспресс-диагностикой повреждений.

Вопрос о времени проведения экстренной операции в первые минуты или часы после поступления больного в стационар решен однозначно при клинике продолжающегося внутреннего кровотечения. В остальных случаях сроки оперативного вмешательства разные и зависят в основном от тяжести состояния, характера повреждений, их локализации, развивающихся осложнений и др. Нередко больные с механической травмой из приемного отделения поступают в операционную с минимальным уровнем обследования и уже в операционной анестезиолог проводит интенсивную предоперационную подготовку, часто и дифференциальную диагностику повреждений. Оперативное вмешательство является сложным и ответственным этапом лечения больных с механической травмой, особенно при шоке. Анестезиологическое пособие должно соответствовать уровню операции и способствовать минимизации операционного риска. В операционной анестезиолог одновременно проводит анестезию и интенсивную терапию. В настоящее время по-прежнему нельзя отдать предпочтение одному из анестетиков или одному варианту анестезии для экстренных операций по поводу механической травмы. Регионарная анестезия сопровождается симпатической блокадой, что является относительным противопоказанием при продолжающемся кровотечении и других причинах острой гиповолемии. Тем не менее, при относительной во-

лемической стабильности пациента регионарная анестезия имеет ряд значительных преимуществ.

При использовании общей анестезии часто используется кетамин, стимулирующий симпатическую нервную систему и повышающий кровяное давление у пациентов с нормоволемией. В то же время кетамин применяется редко и очень осторожно у больных имеющих сочетанную черепно-мозговую травму. Ингаляционные анестетики в подавляющем большинстве случаев используются при вправлениях вывихов, когда необходим значительный уровень мышечной релаксации.

Наркотические анальгетики применяются у больных с легкой и средней степенью тяжести и при восполнении ОЦК у тяжелых больных. Большое значение уделяется обеспечению респираторной поддержки больным. Все тяжелые больные, требующие интенсивной послеоперационной терапии переводятся в отделение реанимации на продленную ИВЛ, что является важным элементом продолжающейся противошоковой терапии. При восполнении кровопотери мы придерживаемся принципа восстановления прежде всего ОЦК, т.е. уменьшение гиповолемии путем введения растворов глюкозы, коллоидов, кристаллоидов, гипертонического раствора натрия хлорида и др., а затем уже, по показаниям, проведение заместительной терапии.

При проведении анестезии у больных с механической травмой анестезиолог вынужден учитывать ряд других факторов, значительно влияющих на качество анестезии и послеоперационный прогноз. Это наличие у части больных алкогольного опьянения и наведенной гипотермии, вследствие длительного пребывания пациента на улице и введения холодных жидкостей. Большое значение придается безопасности больного во время анестезии. В настоящее время динамическое наблюдение всех пациентов с механической травмой обеспечивается с помощью мониторов «Siemens» и «Agilent». При оказании экстренной анестезиологической помощи больным травматологического профиля всегда есть риск инфицирования анестезиологов гепатитом или вирусом иммунодефицита человека через случайные уколы иглой или через другой контакт с жидкостями организма. С защитной целью мы пользуемся очками или шлемами и перчатками.

Таким образом, анестезиологическое обеспечение операций у больных травматологического профиля по-прежнему остается серьезной проблемой и тактика анестезии и интенсивной терапии зависит от характера, тяжести доминирующего повреждения, а так же наличия сопутствующей патологии.