

В.А. Сороковиков, А.Н. Плеханов, И.А. Номоконов

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТЯЖЕЛЫМИ МИННО-ВЗРЫВНЫМИ ТРАВМАМИ И ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)
Военный госпиталь № 324 (Улан-Удэ)

Оптимальной схемой оказания медицинской помощи пострадавшим с повреждениями дистального метаэпифиза костей голени является двухэтапная система. Первый этап - доврачебная или первая врачебная помощь, второй этап - специализированная травматологическая помощь. Это позволяет снизить количество осложнений и неблагоприятных исходов до 18,7 %.

Ключевые слова: организация травматологической помощи

RENDERING OF MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH SEVERE MINE EXPLOSIVE TRAUMAS AND GUNSHOT INJURIES

V.A. Sorokovikov, A.N. Plekhanov, I.A. Nomokonov

SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk
Buriat Branch of SC RRS ESSC SB RAMS, Ulan-Ude
Military Hospital N 324, Ulan-Ude

Optimal scheme of medical care rendering to patients with injuries of distal metaepiphysis of shin bones has two stages. The first stage is before-doctor or emergent medical care, the second one – specialized traumatological care. This may promote reducing the number of complications and unfavorable outcomes up to 18,7 %.

Key words: organisation of traumatological assistance

Лечение раненых и пострадавших с повреждениями костей и суставов является одной из главных проблем военно-полевой хирургии в целом и военной травматологии и ортопедии в частности. Актуальность проблемы обусловлена большим удельным весом таких травм в структуре хирургической патологии (35 – 56 %), значительной тяжестью повреждений, сложностью и трудоемкостью оказания медицинской помощи пострадавшим на этапах медицинской эвакуации, а так же высокой частотой осложнений, неудовлетворительных анатомических и особенно функциональных исходов лечения [1, 2].

В последние годы появилось множество работ, основанных на изучении результатов лечения пострадавших в период контртеррористических операций на Кавказе, свидетельствующих, что худшие результаты были у тех раненых, которые последовательно «прошли» все этапы эвакуации, а лучшие – у тех, кто после оказания первой, доврачебной или первой врачебной помощи сразу были эвакуированы на этап оказания СМП. Одна из основных причин развития осложнений – увеличение времени между моментом получения ранения и началом оказания адекватного исчерпывающего лечения.

Главной причиной дефектов на этапах оказания медицинской помощи являются: недостаточная квалификация медицинских работников, не-

достатки в организации лечебного процесса и неполноценное обследование больных [3, 4].

Целью нашего исследования явилось изучение возможных дефектов организации и оказания медицинской помощи пострадавшим на этапах медицинской эвакуации у больных с минно-взрывными и огнестрельными ранениями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящую работу включен анализ историй болезни 178 больных с повреждением дистального метаэпифиза костей голени и их последствиями, находившихся на лечении в отделении травматологии и ортопедии военного госпиталя № 324 (гарнизонный госпиталь) в период с 1996 по 2005 гг.

Среди обследованных преобладали мужчины – 142 (79,7 %) в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 32 года). Женщин было 36 (20,2 %). Их возраст составил от 31 до 45 лет (средний возраст 38 лет). В распределении больных по возрасту преобладали лица средней возрастной группы (20 – 40 лет). В результате объективного клинического обследования, включавшего сбор жалоб и анамнеза, мануальное исследование нижней конечности и голеностопного сустава, проведения ряда диагностических тестов, лучевые методы (рентгенологическое исследование), были выявлены следующие виды повреждений: у 156 (87,6 %) обследованных были диагностированы повреждения дистального

метаэпифиза костей голени, а у 22 (12,3 %) пациентов выявлены отдаленные последствия.

Рентгенологические исследования области голеностопного сустава проводили в двух стандартных проекциях.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследование показало, что только 10,2 % больных поступили в первые 6 часов от момента получения травмы. Эти пострадавшие были доставлены в госпиталь сразу после оказания доврачебной (ДВП) или первой врачебной помощи (ПВП). 52,5 % пострадавших поступили в срок от 6 до 24 часов, остальные 37,1 % – позднее 24 часов (рис. 1). Больные эвакуировались согласно имеющейся схеме эвакуации: ДВП + ПВП + КХП + СХП.

При удлинении сроков поступления с момента получения травмы происходило утяжеление полученных повреждений: увеличивался отек мягких тканей, появлялись флектены, увеличивались дисциркуляторные изменения в поврежденном сегменте, увеличивалось количество гнойных осложнений, развивались флебиты нижней конеч-

ности, что прямым образом сказывалось в дальнейшем на сроках предоперационной подготовки, послеоперационном периоде и частоте возникающих осложнений.

Анализируя сопроводительные документы, данные осмотра больных при поступлении нами выявлено, что мероприятия, предписанные при оказании медицинской помощи, выполняются частично или не выполняются вообще. В таблице 1 представлено распределение больных в зависимости от срока поступления в отделение травматологии и выполненных им противошоковых мероприятий.

При анализе табл. 1 видно, что с увеличением времени поступления пострадавших в специализированный стационар, дефекты наложения иммобилизации составляют от 60 до 70 %, дефекты в проведении обезболивающей терапии – от 50 до 80 %. У 100 (64 %) из 156 больных при поступлении выставлен правильный диагноз. У 56 (36 %) пострадавших не выполнено клиническое обследование, отсутствуют записи в сопроводительных документах.

Основной причиной тому является низкая профессиональная подготовка врачей, участвующей

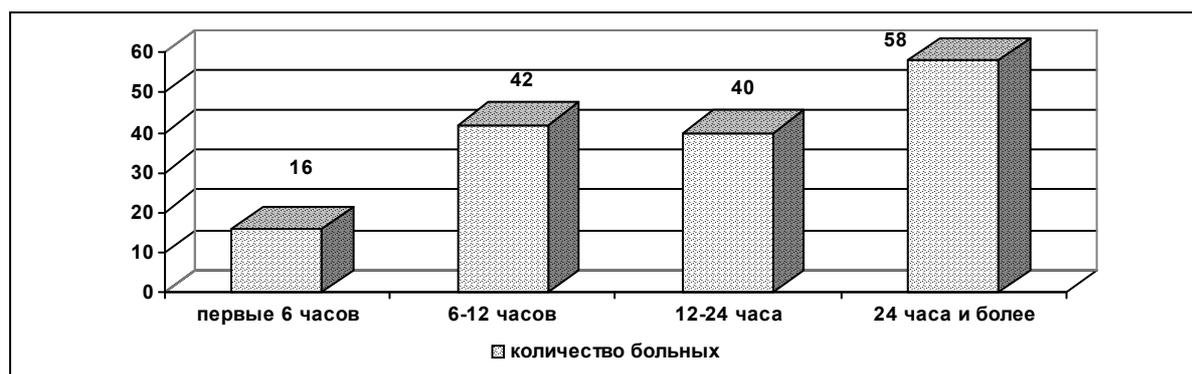


Рис. 1. Распределение больных, поступивших в отделение травматологии в зависимости от времени с момента получения травмы.

Таблица 1
Зависимость между сроками поступления в отделение травматологии и дефектами в оказании медицинской помощи

		Срок поступления больных			
		Первые 6 часов	6–12 часов	12–24 часа	24 часа и более
Иммобилизация	Адекватная иммобилизация	6 37,5 %	12 28,5 %	16 40 %	24 41,3 %
	Выполнена, не адекватно	7 43,7 %	18 42,8 %	12 30 %	16 27,5 %
	Отсутствие иммобилизации	3 18,7 %	12 28,5 %	12 30 %	18 31 %
Обезболивание	Адекватное обезболивание	8 50 %	6 14,2 %	8 19 %	12 20,6 %
	Выполнено, не адекватно	2 12,5 %	27 64,2 %	20 47,6 %	28 48,2 %
	Отсутствие обезболивания	6 37,5 %	9 21,4 %	12 28,5 %	18 31,0 %

щих в оказании медицинской помощи на этапах эвакуации и недостатки организации лечебного процесса.

При поступлении пострадавших на госпитальный этап 58 (37,1 %) пострадавшим была выполнена рентгенограмма костей голени с соблюдением технологии, что позволило выставить правильный диагноз и провести адекватное лечение на данном этапе. Больные своевременно были направлены на консультацию травматолога и госпитализацию. 41 % больных выполнены рентгенограммы с нарушением технологии. У данной группы больных не была выявлена основная патология, вследствие чего не применялась адекватная терапия, не проводилось лечение и профилактика осложнений. Эти больные находились в основном на лечении в ОМЕДБ, ОМО и были направлены в специализированный стационар на 3–6 сутки с момента получения травмы. 21,7 % больных вообще не проводилось обследование. Эти больные от 3 до 7 суток находились на амбулаторном лечении у хирурга, и только ухудшение состояния явилось поводом для направления больных на консультацию к травматологу в 324 ВГ.

По итогам экспертной оценки качества лечения на этапах оказания медицинской помощи основным дефектом на догоспитальном этапе была низкая квалификация медицинских работников (64 %), недостатки организации лечебного процесса (84 %) случаев. На госпитальном этапе основным дефектом было неполноценное обследование с негативными последствиями в 62,7 % случаев.

На этапе квалифицированной помощи наиболее часто встречались лечебно-тактические дефекты, связанные с выполнением первичной хирургической обработки огнестрельной костно-мышечной раны. Основными из них были:

- 1) нерациональная общая терапия (отсутствие предоперационной подготовки, восполнения кровопотери и коррекции нарушений гомеостаза);
- 2) чрезмерно радикальная хирургическая обработка раны с обширными разрезами, иссечением значительных массивов кожи и мышц (резко ухудшающая и без того нарушенную микроциркуляцию в сегменте);
- 3) удаление всех костных осколков с созданием вторичных костных дефектов, больших полостей с застойным раневым отделяемым (34 % пострадавших);
- 4) неадекватное дренирование ран полосками перчаточной резины, тугое тампонирование салфетками (у 24 % раненых);
- 5) оставление салфеток в глубине раны, вероятно с целью гемостаза, с глухим швом кожи (9,6 %);
- 6) декомпрессивные чрескожные «лампасные» фасциотомии длиной до 25–30 см, значительно ухудшающие микроциркуляцию и ведущие к еще большей кровопотере (выполняют подкожные фасциотомии);

7) отказ от подкожной декомпрессивной фасциотомии при нарастающем отеке сегмента конечности;

8) длительность и необоснованность оперативных вмешательств на данном этапе (например, костно-пластические ампутации); расширение показаний к внутреннему остеосинтезу;

9) неполноценная иммобилизация конечности;

10) нерациональная антибиотикотерапия.

Следует отметить, что чрезмерно радикальная первичная хирургическая обработка костной раны, сделанная хирургом, не менее вредна, чем ее отсутствие. Она приводила к увеличению кровопотери, усугубляла развитие шока, нарушала кровоснабжение сегмента. Такая хирургическая обработка с удалением всех костных осколков создавала обширные вторичные дефекты, которые для раненого (и для хирурга заключительного этапа эвакуации) являлись большой проблемой в плане восстановления анатомии и функции. Чрезмерно радикальная первичная хирургическая обработка не являлась профилактикой инфекционных осложнений, а, наоборот, увеличивала риск их возникновения (с 14 до 21 % при огнестрельных диафизарных переломах костей).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При благоприятной медико-тактической обстановке лучшие результаты лечения могут быть достигнуты, когда пострадавшего доставляют сразу на этап специализированной помощи, где есть опытный травматолог, многопрофильная хирургическая бригада и необходимое медицинское оснащение. Оптимальной схемой оказания медицинской помощи пострадавшим с повреждениями дистального метаэпифиза костей голени является двухэтапная система. Первый этап — доврачебная или первая врачебная помощь, второй этап — специализированная травматологическая помощь. Это позволяет снизить количество осложнений и неблагоприятных исходов до 18,7 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журавлев С.М. Травматизм и ортопедическая заболеваемость — приоритетная медицинская и демографическая проблема / С.М. Журавлев // Актовая речь. — М.: ЦИТО, 1997. — 237 с.
2. Крупко И.Л. Контрактуры и тугоподвижности суставов после огнестрельных ранений конечностей / И.Л. Крупко. — Л.: Медгиз, 1946. — 726 с.
3. Кузьменко В.В. Достижения и нерешенные проблемы советской травматологии и ортопедии / В.В. Кузьменко, С.М. Журавлев // Ортопедия и травматология. — 1987. — № 10. — С. 1–5.
4. Михайлов А.П. Организация помощи пострадавшим с сочетанной травмой / А.П. Михайлов, В.В. Стрижелецкий, А.М. Данилов, А.Н. Напалков и др. // Материалы научно-практической конференции хирургов Российской Федерации: Тезисы докладов. — СПб., 2004. — С. 182–183.