

умерших в стационаре: ISS 40,8 (38,6 – 43,0), ВПХ 21,4 (19,9 – 22,9) против ISS 30,6 (27,9 – 33,3), ВПХ 17,2 (15,1 – 19,3) имела высокосignимые различия ($p_U = 0,00003$) в 2003 г. Напротив, таких различий в 2004 г. не было: ISS 37,5 (35,2 – 31,8), ВПХ 18,2 (16,4 – 20,0) против ISS 34,1 (29,8 – 38,3), ВПХ 13,5 (11,5 – 15,6) ($p_U = 0,31$).

ВЫВОДЫ

Сочетанная травма является постоянным компонентом травматизма, с высокой летальностью (36 – 38 %) и преимущественным вовлечением мужчин

трудоспособного возраста. Половозрастной состав пострадавших не имеет тенденций к изменению, что свидетельствует о постоянном исходном уровне здоровья. В структуре поражающих факторов увеличивается удельный вес тупой травмы, прогностически менее благоприятной по сравнению с проникающими ранениями. Отсутствие значимости различий по тяжести повреждений у погибших на догоспитальном и госпитальном этапах в 2004 г. может косвенно свидетельствовать об улучшении оказания помощи пострадавшим, связанном с сокращением продолжительности догоспитального этапа.

В.Л. Карташкин

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОШОКОВОЙ СЛУЖБЫ МНОГООПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (Санкт-Петербург)

Опыт показывает, что лучшие результаты лечения пострадавших с сочетанными шокогенными травмами (СШТ) достигаются специализацией противошоковой помощи и четкой ее преемственностью на этапах медицинской эвакуации.

Успех лечения пострадавших во многом зависит от того, насколько быстро пациенту была оказана квалифицированная специализированная помощь. Созданные в 1957 г. специализированные реанимационно-хирургические бригады (РХБ) значительно улучшили медицинскую помощь пострадавшим с тяжелой механической травмой как за счет специального оснащения машин скорой помощи, так и соответствующей подготовки и опыта персонала.

При СШТ основным противошоковым мероприятием является оперативное вмешательство, выполненное по показаниям, вовремя и в необходимом объеме. Поэтому координировать оказание помощи пострадавшему с СШТ должен высококвалифицированный хирург общего профиля, одинаково хорошо разбирающийся в вопросах реанимационного пособия (Reanimation) и тактике лечения повреждений головы (Head), груди (Thorax), живота (Abdomen) и скелета (Bone). В стационаре, обеспечивающем помощь пострадавшим с СШТ, кроме реанимационного и травматологического отделений, должны быть хирургическое отделение общего профиля и нейрохирургическое отделение. В идеале все пострадавшие с СШТ должны концентрироваться в отделении сочетанной травмы, призванном заниматься лечением и профилактикой осложнений травматической болезни, в котором работают хирурги типа АВТРН. Стационар должен быть готов к приему пострадавших с множественными и сочетанными травмами, укомплектован хирургами типа АВТРН и медпер-

соналом, имеющим навыки в неотложной хирургии и травматологии, оснащен специальной диагностической и лечебной аппаратурой, работающей круглосуточно. Лишь соблюдение всех этих условий дает возможность медицинскому учреждению функционировать в режиме противошокового центра (ПШЦ).

ПШЦ поддерживает оперативную связь с догоспитальным этапом. Информация о направлении пострадавшего в ПШЦ поступает от врача догоспитального этапа, либо с центрального пульта скорой помощи. Кратко, за 10 – 15 мин. до госпитализации, сообщаются: механизм травмы, характер основных повреждений, предварительный диагноз и приблизительные сроки доставки пациента.

Пострадавшие, минуя приемный покой, направляются в специализированную противошоковую операционную, расположенную вблизи приемного покоя и работающую одновременно в режиме трех отделений: комплексного диагностического, операционной и палаты послеоперационного наблюдения. По выполнении всех необходимых диагностических, лечебных манипуляций и операций, при устойчивой стабилизации гемодинамики пациент переводится в отделение хирургической реанимации. Лечение пострадавшего в организационном плане происходит в три этапа.

I этап — лечение острого периода травматической болезни или периода шока с неустойчивой гемодинамикой и расстройством других компонентов гомеостаза — проходит в противошоковой операционной. Средняя продолжительность этого этапа при тяжелом шоке составляет около 10 часов. За это время пребывания пострадавшему выполняются необходимое комплексное обследование и все виды реанимационного, хирургического и травматологического пособий. В бригаде работают: хирург, ко-

торый является координатором действий противошоковой бригады, анестезиолог-реаниматолог, травматолог, нейрохирург, две сестры-анестезистки, две операционных сестры и санитар. При необходимости привлекаются специалисты узкого профиля. В противошоковой операционной хранятся заготовленные стерильные операционные укладки различного профиля, позволяющие без потери времени выполнить оперативные вмешательства любого объема, спецификации и сложности.

II этап — лечение раннего периода травматической болезни — проводится в отделении хирургической реанимации и продолжается в клинике сочетанной или множественной травмы (**III этап**).

В остром периоде травматической болезни традиционный подход: «сначала — диагноз, а потом лечение» не всегда возможен. Лечение пострадавших с травматическим шоком начинается с выявления и быстрого устранения симптомов и синдромов, которые могут в короткие сроки привести к летальному исходу. И лишь после этого

осуществляются более полные диагностические мероприятия, проводимые одновременно с противошоковой терапией. Окончательный диагноз зачастую определяют операционные находки.

Определение хирургической тактики в первые часы пребывания пострадавшего в стационаре является основополагающим моментом лечения, от которого в очень большой степени зависит исход. Диагностика, определение показаний и противопоказаний к операции, характер и объем вмешательства в каждой конкретной ситуации определяется в соответствии с прогнозом тяжести и длительности течения травматического шока, основанном на объективных критериях.

Руководящая роль хирурга в лечении этой категории пациентов способствует уменьшению количества ошибок в диагностике и лечении, не приводя к недоразумениям среди врачей, входящих в состав дежурной бригады. Это является еще одним доказательством целесообразности предлагаемой схемы распределения обязанностей.

В.В. Кожевников, А.О. Занданов, А.Н. Плеханов

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Министерство здравоохранения Республики Бурятия (Улан-Удэ)

Целью настоящего исследования явилось определение основных принципов лечения сочетанных травм у пострадавших с огнестрельными и неогнестрельными повреждениями.

Сочетанные ранения органов головы и других частей тела относятся к особой категории наиболее тяжелых поражений, когда травматическая болезнь осложняется синдромом «взаимного отягощения».

В последние годы в Республике Бурятия тяжелая травма в сочетании с черепно-мозговой травмой является наиболее частой разновидностью сочетанных повреждений и встречается в 70,8—91,6 % от всех сочетанных повреждений, сочетание ЧМТ с травмой органов живота составляет 38,8 %, сочетание ЧМТ с травмой грудной клетки и ее органов составляет 13,3 %.

Один из важных принципов — оказание квалифицированных реанимационных мероприятий на месте происшествия. Опыт показывает, что 70 % больных поступают в стационар с неполным объемом проведенных противошоковых мероприятий, что во многом ухудшало состояние пациентов и предопределило неблагоприятный исход.

Объем этих мероприятий должен заключаться при наличии сочетанных повреждений опорно-двигательного аппарата в иммобилизации мест переломов, обезболивании, поддержании сердечно-легочной деятельности.

Диагностические мероприятия в стационаре должны проводиться параллельно с проведением комплекса мероприятий, направленных на коррекцию имеющихся нарушений сердечно-сосудистой и дыхательной систем, показателей гемостаза и выведения больного из шока.

Для оценки тяжести политравмы необходимо применение современной диагностической аппаратуры, которая позволит выявить имеющиеся повреждения и оказать квалифицированную медицинскую помощь своевременно.

На этапе стационарного лечения при диагностировании повреждений внутренних органов необходимо выполнение экстренного оперативного вмешательства.

К выполнению лечебных манипуляций необходимо подходить дифференцированно, с учетом тяжести диагностированных повреждений для оказания хирургической помощи.

Следует помнить, что выполнение экстренного хирургического вмешательства является одним из важнейших этапов противошоковых мероприятий.

Важнейшим является соблюдение принципа этапности при оказании медицинской помощи.

Больные с тяжелой сочетанной травмой должны быть концентрированы в стационаре республиканской, областной, краевой больницы, где име-