

## Некоторые организационные аспекты экстренной медицинской помощи детям с сочетанной травмой

Алимова Х.П., Махкамов К.Э., Пяк А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ) – следствие интенсивной урбанизации, безудержно возрастающего числа средств передвижения, резкого повышения скоростей, особенно на автодорогах, наконец, глобального изменения темпа и ритма жизни человечества. Иными словами, СЧМТ – это обратная сторона научно-технического прогресса. В структуре транспортного и некоторых других видов травматизма удельный вес СЧМТ составляет 50-70%. Летальность при изолированной травме черепа и мозга колеблется в пределах 1-2%, а при СЧМТ достигает 28,6-30,7%. При очень тяжелых сочетанных травмах опорно-двигательного аппарата, груди, живота с повреждением паренхиматозных органов летальность возрастает до 90 - 100%. Исход травмы во многом зависит от правильной организации этапного лечения такого тяжелого контингента больных.

В основу работы положены результаты обследования и лечения 260 детей с сочетанной травмой, госпитализированных в РНЦЭМП и его областные филиалы в 2005 – 2008 гг. Комплекс диагностических и лечебных мероприятий включал клиническое и инструментальное обследование (эхоэнцефалоскопия, рентгенография, УЗИ, КТ и т. д.), лабораторные анализы крови и мочи. 185 (71%) больных пострадали в результате ДТП, 42 (16,1%) получили травму в результате падения с высоты, бытовая травма имела место у 33 (12,6%). Среди обследованных большинство были дети школьного возраста от 8 до 14 лет – 176 (67,6%), детей дошкольного возраста от 4 до 7 лет было 72 (27,6%), 1 года до 3 лет – 12 (5,8%). 98 (37,7%) больных были доставлены машиной скорой помощи, 162 (62,3%) поступили самотеком. У 34 (35%) пациентов, диагноз, обозначенный в сопроводительных листах СМП, совпал с предварительным диагнозом приемных отделений, у 64 (65%) пострадавших имелись расхождения в диагнозах, причем у 48 (75%) из них, судя по диагнозу в сопроводительных документах, тяжесть состояния недооценивалась. Из 98 больных, доставленных по линии СМП, первая врачебная помощь (обезболивание, шинирование, остановка кровотечения, протившоковые мероприятия) была оказана лишь 60 (61,3%).

Таким образом, оценка тяжести состояния при поступлении в стационар имела существенные отличия от результатов обследования на догоспитальном этапе. Причиной этому могут быть 3 фактора: 1) недооценка тяжести состояния

врачом скорой помощи 2) ухудшение тяжести состояния в процессе транспортировки 3) недостаточный объем оказываемой медицинской помощи, в частности, проведение инфузионной терапии, реже обезболивания и иммобилизация. По-видимому, причиной отказа от выполнения необходимых мероприятий, помимо диагностических ошибок, кроется в несовершенстве оснащения линейных бригад СМП и отсутствии у персонала соответствующих навыков. 102 (39,2%) больных поступили в первый час от момента получения травмы, 135 (51%) – в первые 3 часа, 23 (8,8%) – спустя 3 часа после травмы. Умерли 39 (15%) больных с сочетанной травмой. Анализ летальных исходов показал, что 32 (82%) пострадавших получили травму в дорожно-транспортном происшествии, 7 (18%) – при падении с высоты, у 1 (2,5%) была бытовая травма. В сроки до 3-х часов после травмы умерли 8 (20%), от 3 часов до 1 суток – 12 (30%), от 1 до 3 суток – 7 (20%), от 3 суток и более – 12 больных. Причинами летальных исходов явились:

- 1) тяжелые патологические реакции – 27 (70%), из них шок отмечался у 11 (28,2%), отек мозга с дислокацией – у 16 (41%);
- 2) массивная кровопотеря – 6 (15,3%);
- 3) аспирация рвотными массами и кровью – 3 (7,6%);
- 4) вторичные осложнения (пневмония, менингоэнцефалит, сепсис, жировая эмболия, перитонит) – 3 (7,6%) пострадавших.

Таким образом, ведущей причиной смертельной СЧМТ является транспортная катастрофа. Среди причин летальных исходов первое место по частоте возникновения занимают тяжелые патологические реакции, требующие немедленного устранения, т.е. проведения как можно раньше противошоковых мероприятий, восполнения ОЦК, борьбы с отеком мозга, что не всегда выполняется, особенно на догоспитальном этапе. 3 больных погибли от аспирации на догоспитальном этапе, что говорит о необходимости надлежащего оснащения специальных машин СМП (установка аспиратора, отсоса). 3 больных умерли от вторичных осложнений спустя 3 суток и более.

С целью улучшения исходов среди детей, получивших сочетанную травму, необходимо улучшить службу СМП (обучение методам оказания неотложной помощи при травмах на догоспитальном этапе врачей СМП, усовершенствовать таблиць оснащения линейных бригад СМП).

## Профилактика и лечение острых неврологических состояний в условиях чрезвычайных ситуаций

Арифджанов Ш.Х., Мубаракوف Ш.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Известно, что в основе большинства неотложных неврологических состояний лежат разнообразные патогенетические процессы: сосудистые, воспалительные, травматические, метаболические, стрессорные и пр. В условиях чрезвычайных ситуаций (природных и техногенных катастроф) может иметь место как каждое из них в отдельности, так и их сочетание. Так, обрушение зданий и строений при землетрясениях, взрывах, наводнениях, железнодорожные и авиакатастрофы, дорожно-транспортные происшествия часто приво-

дят к травмам центральной и периферической нервной системы. В холодное или жаркое время года травмы могут усугубляться воздействием термического фактора (переохлаждение или перегрев тела), что в свою очередь может приводить к острым воспалительным процессам (менингиты, энцефалиты, миелиты, полирадикулоневриты Гийена-Барре-Ландри), метаболическим нарушениям (гиповолемия, нарушения углеводного, белкового или электролитного баланса) в нервной системе.

Наличие у пострадавших фоновых заболеваний (атеросклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет, врожденные и приобретенные заболевания сердца и сосудов) в сочетании со стрессорным воздействием может вызвать их декомпенсацию и развитие инфарктов, инсультов, кризовых состояний, острых психотических расстройств. Поэтому в оказании экстренной помощи пострадавшим в зонах бедствий должны участвовать специалисты различного медицинского профиля, в том числе невропатологи и психиатры. Бригады экстренной помощи должны быть оснащены достаточным количеством необходимых медикаментов, в том числе седативных, антидепрессантов, противовоспалительных, антигипертензивных, вазоактивных, анальгетических (НПВС, спазмолитиков, вплоть до наркотических анальгетиков), вли-

яющих на коагулологические свойства крови, метаболических, противосудорожных и других препаратов. К важнейшим организационным мероприятиям следует отнести также обеспечение необходимого количества санитарных транспортных средств и четкую организацию доставки пострадавших в ближайшие медицинские учреждения, располагающие специализированными отделениями для оказания экстренной медицинской помощи и необходимым лечебно-диагностическим оборудованием.

Таким образом, своевременная и правильная организация медицинской и психологической помощи в районе чрезвычайной ситуации позволит предупредить или значительно сократить возможные осложнения, в том числе и неврологические.

## Медицинская помощь при сложных травмах верхних конечностей Асамов Р.Э., Юлдашев А.А., Ахмедов Р.А., Хакимов А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Медицинская помощь в остром периоде травматической болезни при сложных травмах конечностей состоит из двух этапов: догоспитального и госпитального. На догоспитальном этапе максимально быстро должна быть оказана квалифицированная помощь, пострадавший транспортирован в специализированный центр. На госпитальном этапе медицинская помощь больным со сложными травмами верхних конечностей должна оказываться в специализированных многопрофильных клиниках, с соответствующим оборудованием и разработанными на основе передовых технологий алгоритмом диагностики и лечения. Такая система имеется и в Республике Узбекистан.

О целесообразности перевода в специализированный центр свидетельствует тот факт, что около 60% пациентов со сложными травмами конечностей оперированы в первые сутки. Отработанный алгоритм службы экстренной помощи позволяет за короткий отрезок времени решить вопрос о виде и длительности предоперационной подготовки, характере наркоза, определить тактику оперативного вмешательства, выявить осложнения сложной травмы и т.д. Отделения хирургии, микрохирургии, травматологии, сосудистой хирургии являются основными структурными подразделениями, которые активно взаимодействуют между собой при оказании экстренной специализированной помощи при сложных травмах конечностей. Микроскоп, специальные устройства, инструменты и расходные материалы позволяют восстановить поврежденные костные и мягкотканые образования, значительно улучшить функциональные исходы травмы.

В отделении хирургии сосудов и микрохирургии Респуб-

ликанского научного центра экстренной медицинской помощи в 2001 - 2008 гг. на лечении находились 378 больных с острыми сложными поражениями сегментов конечностей (травмы, сопровождающиеся повреждениями костей, мышц, сухожилий, магистральных кровеносных сосудов, нервных стволов). У 244 (65%) из них были полные и неполные ампутации сегментов конечностей. Только у 72 (27,3%) пострадавших была возможность выполнить реплантацию или те или иные виды реконструкции. Из этого числа больных мужчин было 60 (87,7%), женщин – 12 (12,3%). Полные отчленения сегментов конечности наблюдались у 16 (22,8%) больных, неполные - у 56 (77,2%).

В зависимости от механизма травмы у 3 (5,3%) больных имело место одновременное повреждение одного сегмента на двух и более уровнях у 17 (30,4%) ампутация сразу нескольких сегментов, что потребовало индивидуальной тактики. Среди поступивших 3 (5%) больных, с ампутациями крупных сегментов были в состоянии тяжёлого травматического и геморрагического шока. У 54 (25,2%) пострадавших вследствие ошибок на догоспитальном этапе реконструктивные операции выполнить было невозможно. В случае же правильной транспортировки и своевременной доставки вероятность успеха операции значительно возрастает. Удачные исходы получены у 61 (86%) больного. Так, после реплантации при полных ампутациях хорошие результаты отмечались у 8 (50%) из 16 пациентов. При неполных ампутациях удачные исходы были у 41 (93%) из 54 больных. Полные некрозы реплантированных сегментов в послеоперационном периоде отмечались у 8 (14%) больных.