

Результаты лечения огнестрельных ранений конечностей в чрезвычайных ситуациях Тухтаев Ж.Ж., Мирзаев К.К.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Проблема профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений огнестрельных повреждений опорно-двигательного аппарата (ОДА) приобретает чрезвычайную актуальность из-за роста числа тяжелых повреждений, частота которых, по разным данным, составляет от 2 до 63,9%.

Пострадавшие с ранениями ОДА составили 63,2% от общего числа пациентов с повреждениями другой локализации, при этом ранения верхних, нижних конечностей и таза отмечались у 46,2%, позвоночного столба – 4,2%, грудной клетки – у 12,8%, сочетанные повреждения различных анатомических отделов отмечались у 7,5%. 93,6% пострадавшим с ранениями ОДА произведена операция – ранняя первичная хирургическая обработка (ПХО) раны.

В лечении мы руководствовались принципами единой военно-полевой медицинской доктрины: все огнестрельные повреждения следует рассматривать как первично микробно загрязненные, а раны должны быть подвергнуты хирургической обработке.

Хирургическую обработку ран начинали с рассечения раневого отверстия по ходу мышечных волокон. Длина разреза должна быть достаточной для того, чтобы проникнуть в глубину раны. Для обеспечения полного доступа широко рассекали апоневроз с поперечными надрезами в виде буквы Z. Благодаря этому уменьшается отек и напряжение тканей, улучшается кровообращение и микроциркуляция, существенно уменьшается величина вторичного некроза, повышается сопротивляемость тканей.

При ревизии раны из нее удаляли кровь и сгустки, тканевой детрит, инородные тела, рану промывали антисептическими растворами. Затем приступали к основному этапу вмешательства – удалению (иссечению) нежизнеспособных тканей. Кожу иссекали скальпелем весьма экономно, затрагивая лишь явно нежизнеспособные участки. Подкожную клетчатку иссекали в широких пределах, так как она малоустой-

чива к развитию инфекции. Мышцы иссекали до здоровых участков, о чем свидетельствовал их здоровый розовый цвет, кровоточивость и сокращаемость при иссечении. В процессе операции все «карманы» и дополнительные ходы, имеющиеся в стороне от раневого канала, должны быть раскрыты. Одновременно с хирургической обработкой рану промывали антисептическими растворами (4% раствор хлоргексидина, 1% раствор диоксидина). С целью удаления раневого детрита и микробов осуществляли вакуумирование раны аппаратом ВН-461 М.

При обширных слепых ранениях с входным отверстием на передней поверхности конечности для обеспечения хорошего дренирования раны накладывали контрапертуру на противоположной стороне. Оперативное вмешательство завершали региональной лимфатерапией по разработанному нами методу.

При хирургической обработке костно-мышечной раны восстанавливаем опорную функцию конечности с использованием наиболее рационального способа их фиксации, с микрохирургическим сшиванием поврежденных нервных стволов и сухожилий, закрывая дефекты кожно-мышечным трансплантатом на питающей ножке с последующей полной пластикой.

Как показывает опыт, традиционное послеоперационное ведение ран, даже при радикальном выполнении ПХО в ранние сроки, не гарантирует от появления новых очагов некроза и развития инфекционных осложнений. Поэтому, на наш взгляд, эффективна дополнительная обработка ран различными химическими и физическими методами в сочетании с целенаправленной лимфатерапией, позволяющая добиться сокращения сроков лечения и улучшения функциональных результатов. Нагноение ран с необходимостью распускания швов имело место у 5,6% больных основной группы и у 12,2% группы сравнения.

Тиббиёт масканларини фавқуллода вазиятларга (зилзилага) тайёрлаш ва биринчи тиббий ёрдамни ташкил этиш Умаров О.М.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Инсониятга тараққиёти давомида табиий офатлар аҳолига мунтазам хавф солиб келган. қаердадир бу хавф кўп бўлса, бошқа бир ерда камроқ. Лекин сайёрамизда мутлақ хавфсиз бўлган худуднинг ўзи йўқ. Табиий офатлар жуда катта зарар келтиради. Бу зарар миқёси кўп жихатдан жамиятнинг ривожланиш даражаси ва аҳолининг табиий офатларга тайёргарлик даражаси билан боқдиқ. Инсонлар доимо ўзлари ва яқинлари ҳаётини ҳамда мол-мулкларини табиий офатлардан муҳофазалашга интилиб келишган. Лекин инсоният қанчалик тараққий этмасин, маскур офатлар хавфи тобора ортиб бормоқда.

Зилзила энг фалокатли табиий офат ҳисобланади. Вақт танламайдиган бу офат бир неча сония ичида минглаб инсонларнинг қурбон бўлиши ва энг катта иқтисодий зарарга олиб келади. Дунёдаги энг йирик илмий марказларда зилзилалар сабаби ҳар томонлама

ўрганилмоқда. Олимлар қаерда, қандай куч билан зилзила рўй бериши мумкинлигини биладилар. Лекин ханузгача унинг аниқ вақти ва кучини олдиндан башоратлай олмайдилар. Бу аснода зилзилаларга аввалдан тайёргарлик кўриш муҳим ўрин тутаяди.

ФАЛОКАТНИ ОЛДИНИ ОЛИШ, УНИНГ АСОРАТЛАРИНИ КАМАЙТИРИШ МУМКИНМИ?

Агар биз эътиборни жароҳатланганларга ёрдам бериш ва асоратларни бартараф этишга тайёрланишдан фалокатни олдини олишга қаратсак ижобий натижага эга бўламиз. Кейинги йилларда Республика шошилинч ёрдами илмий маркази Фарғона филиали тиббиёт ходимлари айнан шу йўлдан бормоқда. Инсоният табиий офатларни тўхтатиб қололмайди. Лекин инсонлар табиий офатларнинг фалокатли оқибатларини камайитиришлари

мумкин. Фақат заиф жамоалар ва тайёргарликсиз хуудларга мусибат келиши мумкин. Бир хил кучдаги зилзила таъсирида АҚШ ва Япония каби ривожланган давлатларда ўнлаб, нари борса юзлаб қурбонлар бўлса, Туркия, Эрон, Ҳиндистон ва Хитой каби ривожланаётган мамлакатларда ўн минглаб ва ҳаттоки юз минглаб инсонлар қурбон бўлмоқда. Демак табиий офатга аввалдан тайёргарлик кўриб, биноларни мустаҳкамлаб ва инсонларнинг бу соҳадаги билимларини ошириб, унинг оқибатларини камайтириш мумкин. Худди шу мақсадда Республика шошилинич тиббий ёрдами илмий маркази Фарғона филиали фавқулодда вазиятлар бўлими томонидан хар йили марказ хуудидида "Зилзила содир бўлганда жабрланганларга тиббий ёрдамни ташкил этиш ва кўрсатиш" мавзусида махсус тактик ўқув машғулотли олиб борилади. ўқув машғулотига барча субфилиаллар бошлиқлари ва шаҳар туман тиббий бршқармалари фуқаро муҳофазаси маъсул ходимлари таклиф этилади.

БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Кучли зилзила вақтида жуда кўп одам жароҳат олиши табиий. Кўпчилик ёрдамга мухтож бўлиши мумкин ўтказилган махсус тактик ўқув машғулотлари сабоқлари эса оддий фуқароларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш кўникмасини беради. Натижада қурбонлар сонини камайишига эришилади. Аксарият холларда зилзиладан сўнг қуйидаги жароҳатларни олиш мумкин: қон кетиши, қўл — оёқ ва умуртқа синиши, мия силкиниши.

ўз вақтида кўрсатилган биринчи тиббий ёрдам инсон ҳаётини сақлаб қолиши мумкин ва шунинг учун ҳар бир киши ўзига ва бошқа инсонга ёрдам кўрсата олиши лозим. Тиббиёт масканларида ана шундай хавфларни камайитириш ёки табиий офатлар оқибатида шикастланганлар сонини камайитиришга қандай эришилади. Бунинг учун аввало тиббиёт ходимларимиз ўз иш ўринларида қуйидаги қоидаларга амал қилоқчи лозим бўлади.

Палаталар- ичидаги хавфни топиш ва бартароф қилиш:

- Палатада зилзила пайтидаги хавфни аниқлаш ва уни олдини олишни барча беморлар ва палата ҳамшираси иштирокида бажарилиши лозим.

- Бўлимда беморларни, тиббиёт ходимларини кўп вақтини ўтказадиган жойларини — уларнинг иш ўрни, беморлар қаерда ётиши, овқатланишини — текшириб чиқиш лозим.

- Сиз нима қилишингиз лозимлиги рўйхатини тузиб ва буни бир — чеккадан охиригача бажаришга ҳаракат қилишни бўш пайтларда ўрганиб боришингиз лозим.

Нима қилиш лозимлигини аниқлаганингиздан сўнг:

1. Ҳаётга биринчи навбатда таҳдид соладиган объектларни (шкаф, чиқишни тўсиб қўядиган объектлар)ни мустаҳкамланг.

2. Иқтисодий қимматга эга бўлган барча нарсаларни (компьютер, телевизор ва ҳоказо) маҳкамланг

3. Сиз учун тегишли бўлган ҳужжатларни ва китобларни маҳкамланг.

4. Баланд ва оҳир мебелларни маҳкамланг, қайрилма илмоқ билан расмлар, ойна ва соатларни маҳкамланг.

5. Оғир предметларни паст ҳолда жойлаштиринг, китоб қўйиладиган жавонларни маҳкамланг.

6. Кроватингизни ойна олдида суринг.

Зилзила пайтида нима қилмоқ керак:

Агар Сиз бўлим ичида бўлсангиз:

- Ўзингизни хотиржам тутишга ҳаракат қилинг. Хавфсиз жойни эгалланг. Ойна ва оғир предметлардан узокроқ, мустаҳкам деворлар ички бурчаклари, эшикларга яқинроқ, бақувват стол остига кириг, кроват ёки диван ёнига ўтиринг. Зилзила тугамагунча кутиб туринг. Кўчага югурманг.

- Агар Сиз бир қаватли сейсмик номустаҳкам бинода турган бўлсангиз ва бинодан чиқиб кетмоқчи бўлсангиз, буни тез, лекин тушаётган гиштлар, кўчган электр симларидан эҳтиёткорлик билан четлашган ҳолда амалга оширинг.

Агар ташқарида бўлсангиз:

- Очиқ жойга чиқишга ҳаракат қилинг, бинолардан, электр тармоқлардан ва дарахтлардан узокроқ туринг.

Агар сиз автомобилда бўлсангиз:

- Очиқ жойга қайданг ва машинани тўхтатинг, кўприк, ер ости йўллари ва электр тармоқлардан узокроқ туринг.

Зилзиладан кейин нима қилмаслик керак:

- Ваҳима қилманг, югурманг, хотиржамликни сақланг.

- Шикастланиш ёки ёнғин каби ҳоллардан ташқари пайтларда хизмат телефонида фойдаланмаслик лозимлигини эсдан чиқарманг.

- Газ чиқиш хавфи йўқлигига ишонч ҳосил қилмагунча олов ёқманг.

Зилзиладан кейин нима қилмоқ керак:

- Ваҳима қилмасдан, хотиржамликни сақланг.

- Ичкарида атрофни қараб чиқинг, зарар кўрганларга ёрдам беринг. Агар газ ҳидини сезсангиз, имкони борича газни ўчириг, ойна ва эшикларни очинг ва бинони тарк этинг.

- Сизнинг ёнингизда бўлганларга ёрдам беринг, уларни хотиржам бўлишига кўмаклашинг.

- Агар сизнинг биноингиз шикастланмаган бўлса, телефон гўшагини жойига қўйилганлигини текшириб чиқинг.

Хирургическая тактика при огнестрельной травме конечностей в мирное время Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Махмудов Н.И.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Огнестрельная травма связана, главным образом, с военными действиями. В мирное время может быть вызвана огнестрельным оружием, применяемым в как в военной ситуации, так и самодельного производства, промышленного или спортивного назначения. Как правило, эти ранения наносятся с близкого расстояния или в упор, что определяет и специфические особенности.

Огнестрельная травма конечностей отличаются особой тяжестью вследствие многооскольчатого перелома костей, разрушения и дефектов мягких тканей, отрыва дистальных

сегментов конечностей. Дополнительную травму причиняют острые фрагменты костных отломков. Практически во всех случаях наблюдаются контузия и ожог мягких тканей.

За истекшие 9 лет в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФ РНЦЭМП на лечении находились 30 больных в возрасте от 12 до 65 лет с огнестрельными ранениями конечностей, из них 26 (86,7 %) мужского и 4 (13,3%) женского пола, в том числе 2 (6,7%) детей.

Ранения на уровне плеча были у 3 (10 %) пострадавших, на уровне предплечья – у 10 (33 %), на уровне кисти и пальцев –

у 8 (26,7 %), на уровне бедра – у 4 (13,3 %), на уровне голени – у 2 (6,7 %), на уровне стопы – у 3 (10 %).

У 3 (10 %) пострадавших, наряду с ранениями конечностей, имели место ожоги лица, ранения груди и живота.

10 (33 %) пострадавших были в тяжелом состоянии, у них имелся шок II-III степени. Противошоковые мероприятия у них начинались в шоковом зале и продолжались непосредственно в операционной перед введением в наркоз и в ходе оперативного вмешательства.

При одновременном поражении органов грудной и брюшной полостей операции на конечностях выполнялись одновременно с вмешательствами на указанных полостях.

Выбор метода оперативного вмешательства на конечностях с повреждением сосудов, нервов, переломами костей, контузиями и дефектами мягких тканей у пострадавших с огнестрельной травмой мирного времени остается одной из наиболее сложных задач хирургии и травматологии.

Специализированная помощь при огнестрельной травме конечностей заключалась в органосохраняющем вмешательстве с сохранением оставшихся структур, профилактике гнойно-септических осложнений и создании условий для последующих восстановительных вмешательств.

Первичная хирургическая обработка при повреждении функционально-значимых структур конечности сводилась к иссечению сомнительных и явно нежизнеспособных тканей. Раны тщательно промывались растворами антисептиков, удалялись инородные тела, осуществлялась маркировка поврежденных структур. Во всех случаях ранений кисти вскрывались фиброзные каналы над периферическими нервами для предупреждения их послеоперационного сдавления. При

ранениях плеча, предплечья и голени по тем же соображениям выполнялись декомпрессионные фасциотомии.

Остеосинтез переломов плечевой и бедренной костей производился штифтами, при переломах костей предплечья и голени выполнялись интрамедуллярный остеосинтез спицами или фиксация пластинами, остеосинтез переломов и вывихов костей кисти производился спицами Киршнера.

По окончании остеосинтеза ушивались мышцы, сухожилия, нервные стволы по общепринятой методике. При повреждении сосудов циркулярный шов выполнен у 5 пациентов, у 4 произведено обходное аутовенозное шунтирование в зоне наименьшего молекулярного сотрясения.

Большое значение придавались оптимальному дренированию ран для активной санации их в послеоперационном периоде, нередко рану вели открытым способом.

После операции травмированную конечность иммобилизовали гипсовой лонгетой, придавая ей возвышенное положение.

Осуществляли борьбу с интоксикацией, инфекцией, проводили мероприятия по улучшению микроциркуляции в конечности и профилактике отека.

Повторные вмешательства потребовались 8 (26,7 %) пострадавшим. 5 из них выполнены аутодермопластики, 1 – аутокостная пластика, 2 – наложение аппарата Илизарова, 7 – этапные некрэктомии в связи с краевым некрозом кожи и дистальных отделов кисти и стопы.

Наблюдение в сроки от 2 мес. до 8 лет показало, что полностью функции конечности восстановились в тех случаях, когда не повреждались функционально значимые структуры. При повреждении их наблюдалось снижение функции конечностей в зависимости от тяжести полученной травмы.

Принципы организации комбустиологической помощи при массовых термических поражениях в системе экстренной медицинской помощи Фаязов А.Д., Шукуров С.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Особенностью последних десятилетий является рост поражений ожогами значительного числа жителей планеты при различных техногенных катастрофах и террористических актах. В подобных ситуациях успех лечения в значительной степени определяет своевременная, правильная организация специализированной медицинской помощи обожженным.

Специализированная помощь пострадавшим в системе экстренной медицины Узбекистана представлена, главным образом, профильными отделениями комбустиологии, функционирующими в РНЦЭМП и его филиалах. Общая мощность комбустиологической службы нашей системы – 189 койки, на которых ежегодно получают лечение более 6 тыс. обожженных. Летальность в среднем составляет 3,2%.

Использование в промышленности, сельском хозяйстве и быту горячих жидкостей, аварии на железнодорожном транспорте и газопроводах обуславливают вероятность возникновения массовых термических поражений, что требует постоянной готовности специализированных комбустиологических бригад. При чрезвычайных ситуациях с массовыми поражениями людей сообщение о происшествии по каналам оперативной связи незамедлительно передается в соответствующие службы РНЦЭМП и его филиалов. В течение 45-60 минут на место происшествия или в стационар, куда были эвакуированы пострадавшие, выезжает специализированная медицинская бригада постоянной готовности, в состав которой включены и комбустиологи. Специалисты бри-

гады организуют работу и непосредственно участвуют в оказании экстренной специализированной медицинской помощи, используя индивидуальное табельное оснащение, а при необходимости – запасы склада мобилизационного резерва.

Первоочередной задачей оказания первой медицинской помощи при массовых термических поражениях является медицинская сортировка, которая должна осуществляться одновременно несколькими квалифицированными комбустиологами. При проведении медицинской сортировки пострадавших в первую очередь необходимо оценить тяжесть, характер термического поражения и наличие ожогового шока с последующей немедленной госпитализацией в реанимационное отделение.

В чрезвычайных ситуациях, возникших в период с 2001 по 2009 гг., специализированная помощь была оказана 148 пострадавшим с термическими поражениями. При поступлении в стационар медицинская сортировка пострадавших проводилась по площади поражения и индексу Франка. 1-я группа – 63 больных с площадью поражения от 80 до 100% поверхности тела и индексом Франка от 130 до 270 единиц, с крайне тяжелым шоком; 2-я группа – 48 пациентов с площадью поражения от 60 до 70% поверхности тела и индексом Франка от 91 до 129 единиц; 3-я группа – 21 больных с площадью поражения от 30 до 50% поверхности тела и индексом Франка от 60 до 90 единиц; 4-я группа – 11 больных с площадью поражения от 20 до 30% поверхности тела и

индексом Франка до 31-60 единиц; 5-я группа – 5 больных с площадью поражения до 20% поверхности тела и индексом Франка до 30 единиц.

В первые сутки после травмы для оказания специализированной медицинской помощи организовано выделение дополнительно необходимых медикаментов, кровезаменителей и медицинского оборудования. С целью ускоренного формирования сухого струпа все пострадавшие были уложены на «кровать-сетку», сконструированную специалистами – комбустиологами.

После выведения пострадавших из состояния ожогового шока и начала периода острой ожоговой токсемии проведена комплексная терапия ожоговой болезни с использованием методов экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез, спленосорбция, ультрафильтрация), лечебной фиброbronхоскопии, фиброгастроскопии, методов активной хирур-

гической тактики (декомпрессивная некротомия, некрэктомия, амниопластика, пересадка культивированных аллофибробластов, аутодермопластика).

У 64 (57,6%) тяжелообожженных с критическими и сверхкритическими травмами благодаря применению нами современных методов комплексной интенсивной терапии удалось добиться благополучного исхода. Неблагоприятный исход термических травм у 47 (42,3%) тяжелообожженных был обусловлен наличием, помимо сверхкритической травмы, термоингаляционного поражения верхних дыхательных путей тяжелой и крайне тяжелой степени, что привело к возникновению полиорганной недостаточности с последующим летальным исходом.

Таким образом, своевременная и четкая организация работы при массовым поступлении обожженных позволяет повысить качество помощи и увеличить число спасенных больных.

Некоторые аспекты состояния дорожно-транспортного травматизма в Республике Узбекистан

Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Травматизм является важной социально-экономической, государственной и медицинской проблемой. Особую угрозу представляет дорожно-транспортный травматизм, уровень которого в республике остается высоким. Травмы, полученные в ДТП, занимает в структуре всех травм второе место среди взрослого населения и пятое место среди детей.

По данным Института здоровья, за период с 2006 по 2008 гг. лечебно-профилактическими учреждениями системы Министерства здравоохранения республики зарегистрировано 2752993 обращений больных с различными механическими повреждениями, среднегодовые показатели составили 910 тыс. обращений (34,1 на 1000 населения). Абсолютное большинство травм составили бытовые – 87,3%, из них 23,2% – у детей. Второе место занимают травмы в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) – 5,2%, из них 1% – у детей. Спортивные травмы составили 3,5%, из них у детей в 1,5% случаев. Криминальные травмы зарегистрированы в 3,2% случаев. Производственный травматизм в среднем по республике составляет 2,3%.

Наибольший интерес представляет травматизм в результате ДТП, так как он имеет свои особенности в плане травматогенеза, тяжести повреждений, высоких показателей госпитализации, летальности и инвалидности. Анализ травматизма в результате ДТП за период 2006-2008 гг. показал, что за этот период пострадавших было 147509, в год в среднем около 50 тыс. пострадавших, динамика показателей сохраняется на уровне 5,2%, самые низкие показатели были зарегистрированы в 2008 г. – 4,9%.

Среди 147509 пострадавших в результате ДТП в различные лечебные учреждения республики были доставлены 50219 (34%), амбулаторно помощь получили 97290 (66%).

Первым и ведущим этапом в системе оказания помощи пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций (ЧС) является служба экстренной медицинской помощи. По данным РНЦЭМП и его филиалов за период с 2005 по 2008 гг., общее количество ЧС составило 417, из них ведущими остаются дорожно-транспортные происшествия – 335 (80,3%). Всего пострадавших было 3058, из них госпитализированы в филиалы РНЦЭМП 1067 (34,9%), в субфилиалы 979 (32%), амбулаторных 465 (15,2%), погибших на догоспитальном этапе 544 (17,8%). Смертность на догоспитальном этапе при

ДТП составляет 18,3%.

Среди пострадавших преобладали пешеходы – 78640 (53,3%), с внутриавтомобильной травмой было 68819 (46,7%) человек.

При изучении сезонности травматизма в результате ДТП особых различий статистических показателей не выявлено. Этот показатель независимо от сезона года оставался на одном уровне – 25%, несколько возрастает число происшествий в зимний (25,1%) и осенний (25,1%) периоды – 37125 и 36841.

Основной контингент пострадавших (63,2%) приходится на взрослых (18 лет и старше) наиболее трудоспособного возраста, подростки (14-17 лет) составили 16,7%, дети (0-14 лет) – 19,9%.

Самый высокий показатель дорожно-транспортного травматизма отмечается в Ташкенте (22,5%), в Ташкентской области (12,9%), Республике Каракалпакстан (11,7%) и Ферганской области (8,7%).

Несмотря на незначительный процент ДТП являются основной причиной смертности и одной из самых частых причин стойкой инвалидности. Летальность вследствие несчастных случаев на дорогах достигает 78,6%. Летальный исход отмечен в 2914 (1,97%) случаях, при этом досрочная летальность составила 51,4% (1499 чел.), до 3 сут. – 24,7% (722 чел.), позже 3-х суток – 22,0% (642 чел.).

Самые высокие показатели летальности зарегистрированы в Ферганской (14,6%), Сырдарьинской (13,8%), Кашкадарьинской (11,8%) и Наманганской областях (8,7%).

В 2006-2008 гг. оперативному вмешательству подвергнуты 15433 человек, хирургическая активность составила 30,7%. Наиболее высокие показатели наблюдались в Хорезмской (43,6%), Сырдарьинской (43,3%), Навоинской (42,9%) областях, а самые низкие в Ташкентской и Джизакской областях соответственно 15,5 и 6,3%. По Ташкенту хирургическая активность составила 29%.

Как показал анализ характера повреждений, наибольшее количество повреждений приходится на травмы головы и шеи (33,3%), нижних (23,4%) и верхних конечностей (18,9%), сочетанные и множественные повреждения составили 11,6%. Реже встречались повреждения челюстно-лицевой области (4,9%), грудной клетки (4,2%) и травмы позвоночника (3,4).

Анализ финансовых расходов при оказании помощи по-

страдавшим в результате ДТП на госпитальном этапе показал, что сумма затрат слагалась из расходов на медикаменты; расходов на питание и прочих расходов (зарплата медперсонала, коммунальные услуги, амортизация и т. п.). Всего за три года израсходовано примерно 12 млрд 977 млн сум. В среднем на одного больного израсходовано до 260 тыс. сум.

Выводы:

1. Помощь больным на догоспитальном этапе оказывается только в 26% случаев. У больных с сочетанными повреждениями низкий уровень оказания первой помощи.
2. Недостаточное обеспечение расходными материалами

(имплантаты для остеосинтеза, аппараты внешней фиксации) приводит к значительным трудностям при оказании специализированной травматологической помощи пострадавшим.

3. Необходимо улучшить медикаментозное обеспечение при лечении больных с сочетанными травмами.

4. Постоянно осуществлять комплекс профилактических мероприятий, направленных на устранение организационных причин травматизма, что приведет к уменьшению числа травм и смертельных исходов.

5. Совершенствовать организацию оказания медицинской помощи пострадавшим на этапах эвакуации, что повысит качество лечения, снизит временную нетрудоспособность, инвалидность и смертность.

Организация специализированной помощи больным с политравмой в условиях РНЦЭМП Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Оказание помощи больным с политравмой является одной из актуальных проблем современной медицины, что связано с неуклонным ростом числа больных и высокими показателями летальности. До настоящего времени единая концепция оказания помощи больным с политравмой практически отсутствовала. Не решались такие важные вопросы, как особенности диагностики переломов и определение доминирующего повреждения, выбор показаний и времени оперативного вмешательства, определение объема и метода стабилизации поврежденных сегментов, особенности ведения ближайшего послеоперационного периода и т.д.

Учитывая создание концептуально новой модели службы экстренной медицинской помощи в республике, нами были пересмотрены лечебно-диагностические мероприятия по оказанию специализированной помощи больным с политравмой. В основу разработанного алгоритма и протоколов лечебно-диагностических мероприятий раннего госпитального этапа по оказанию неотложной помощи положен многолетний опыт лечения пострадавших с сочетанными повреждениями.

Алгоритмы включают маршруты движения больных, мероприятия диагностического и лечебного плана. Для уточнения или исключения повреждений к первичному осмотру пострадавшего привлекали всех специалистов дежурной бригады - хирурга, уролога, нейрохирурга, травматолога и др. Повреждения выявляли с помощью современных высокотехнологических неинвазивных и инвазивных методов.

В зависимости от тактики, определенной в зависимости от тяжести травмы, пострадавших транспортировали в экстренную операционную или в реанимационное отделение.

В 2001-2008 гг. в РНЦЭМП получили лечение 1876 больных с политравмой. Лица мужского пола составляли 68,8%, молодого трудоспособного возраста (21-50 лет) - 67,4%. Дорожно-транспортные травмы имели место у 67,4%, кататравма (падение с высоты) - у 19,7% больных.

В зависимости от доминирующей патологии больные были разделены на три группы: 19,2% пострадавших с сочетанными повреждениями внутренних органов и опорно-двигательного аппарата (ОДА); 68,2% - с сочетанными повреждениями черепа и ОДА; 12,6% - с множественными повреждениями ОДА. Наибольшее количество повреждений ОДА приходилось на крупные сегменты конечностей: переломы костей голени - 24,7%, бедра - 17,6%, таза - 12,2%. Простые виды повреждений типа А отмечены у 56%, сложные типа В и С - у 44,0% пострадавших.

По тактике оказания травматологического пособия больные также были разделены на три группы: 1-ю основную группу составили 39,2% пострадавших, которым остеосинтез переломов (одного, нескольких или всех) произведен в срочном порядке, в первые 3-е суток после травмы; 2-я группа - 25,5%, которых в остром периоде лечили консервативными методами, а операцию остеосинтеза выполняли в отсроченном порядке; 3-я группа - 35,2%, лечение костей конечностей проводили только консервативными методами.

Как показывает наш опыт, лечебно-диагностический процесс у больных с политравмой необходимо начинать с определения доминирующей патологии. Диагностика повреждения должна включать клинические и инструментальные методы исследования. Применение алгоритмов и протоколов действий позволило снизить процент диагностических ошибок и сократить сроки обследования. При подозрении на повреждение внутренних органов или гемоперитонеум применение экстренной лапароскопии значительно уменьшило число неоправданных лапаротомий. Использование современной эндовизуальной хирургической техники позволило быстро и полноценно ревизовать и диагностировать закрытые повреждения органов грудной полости и средостения.

Выбор метода лечения переломов конечностей в остром и раннем периоде травматической болезни зависел от состояния пострадавшего, локализации и характера перелома. Оперативные вмешательства выполняли последовательно, после устранения доминирующей патологии брюшной, грудной полостей и черепа. Лечение повреждений опорно-двигательного аппарата начинали в первые трое суток с момента травмы, одновременно (двумя бригадами) производя остеосинтез всех повреждений, особенно бедра, голени и плеча. При стабильном состоянии пострадавших наиболее эффективным является погружной остеосинтез, при нестабильной гемодинамике и развитии осложнений предпочтение отдавали малоинвазивным методам остеосинтеза. Тяжелые нестабильные повреждения костей таза, независимо от тяжести состояния пострадавших, стабилизировали в первые сутки с момента травмы стержневыми и спице-стержневыми аппаратами.

В заключение следует отметить, что разработанные алгоритмы организации и активная хирургическая тактика лечения больных с политравмой доказали свою эффективность. Это подтверждается результатами лечения: летальность снизилась до 9%; положительный функциональный эффект получен у 80,7% больных.