

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Шишук Д.В., студ. 5-го курса

Научный руководитель – канд. мед.наук, доц. Шишук В.Д.

СумГУ, медицинский институт,

кафедра ортопедии, травматологии и НС

Проблема политравмы обсуждается на страницах периодических изданий и разного рода форумах уже несколько десятилетий и интерес к ней не ослабевает. В связи со сложностью проблемы существуют различные методологические подходы в организации помощи пострадавшим.

Бригадами врачей нашего ортопедо-травматологического отделения ежегодно осматривается в среднем 2000 пострадавших. Из них в отделение политравмы госпитализируется в среднем около 700, а в профильные отделения больницы 25-27,3% (2005-2006) из числа осмотренных. Кроме того, в другие отделения из политравмы переводится ежегодно более 200 пострадавших по истечению острого периода травмы.

Основными механизмами травмы, которые привели к множественным и сочетанным повреждениям, в течение многолетних наблюдений остаются дорожно-транспортные происшествия (от 30-40%), кататравмы (20-26%), и хулиганские действия (18-24%). Это обстоятельство еще раз убеждает нас в том, что госпитализация пострадавших с такими механизмами повреждений в отделение политравмы должна быть аксиомой для врачей догоспитального и этапов.

Относительно объема оказания медицинской помощи пострадавшим с множественными и сочетанными повреждениями на догоспитальном и госпитальном этапах необходимо отметить, что на догоспитальном этапе наиболее важным является определение тяжести состояния пострадавшего в плане возможности и очередности его транспортировки с определением и проведением адекватного медицинского обеспечения.

На госпитальном этапе необходимо определить характер и объект повреждения, выделить опасные для жизни повреждения и принять решение о последовательности проведения лечебных мероприятий, в том числе и оперативных.

При работе в очаге массового поражения сортировка должна проводиться наиболее квалифицированным медработником. При этом необходимо пользоваться унифицированными схемами определения тяжести повреждения и необходимо учитывать, что состояние больного-процесс динамичный, некоторые объективные показатели имеют существенные индивидуальные отличия. Цель сортировки должна состоять не в разделении пострадавших на «перспективных» и «неперспективных», а в определении объема оказания помощи пострадавшему до и вовремя транспортировки.

Объем и последовательность оказания помощи на госпитальном этапе определяется многими авторами с учетом существующих схем при общем пожелании рационального использования «золотого часа». Оптимальные сроки проведения хирургической стабилизации по схеме Wolff, когда на первом этапе выполняется операция по жизненным показаниям, далее следовал 6-12 часовой период интенсивной терапии в отделении реанимации, а затем проводится остеосинтез длинных костей. «Золотой час» стал выглядеть таким образом: в первые сутки после травмы остеосинтез выполнен у 30,15%, ранний (в течение 3-х) у 35,8%, отсроченный (после трех суток) у 33,9%.

На базе ЦГБ активная хирургическая тактика при лечении больных с политравмой является закономерной. За последние 4 года (2002-2006) проведено более 500 операций (120, 125, 130, 125 соответственно), а хирургическая активность составляет 65%.

Мы придерживаемся активной хирургической тактики при лечении повреждений скелета. Наш опыт показал, что использование «золотого часа» крайне важно для обеспечения стабильности повреждений опорно-двигательного аппарата оперативным путем, особенно таких шокогенных локализаций переломов как бедро, голень и таз. Это позволяет обеспечить мобильность пострадавшего, уменьшить число поддерживающих шок локальных повреждений и предупредить развитие многих осложнений местного и общего характера. За последние четыре года в связи с повреждением опорно-двигательного аппарата выполнена стабилизация на 345 сегментах.

Как правило, оперативная стабилизация переломов касалась сегментов бедра и голени (231 и 114 соответственно). Оперативные вмешательства на верхней конечности, в основном, проводились при открытых переломах, осложненных повреждением сосудисто-нервного пучка. Такое «сдержанное» отношение к повреждениям верхней конечности обусловлено небольшой шокогенностью этой зоны и возможностью обеспечения лечебно-транспортной иммобилизации консервативными методами без ущерба для мобильности пострадавшего.

Следует отметить, что в urgentном порядке оперировано 79,5% пострадавших, отсроченный остеосинтез проводили в 20,5% случаев, включая и операции на верхних конечностях.

Наша задача должна заключаться в обеспечении приемлемого качества жизни в последующем. Этого можно достичь при проведении адекватного реабилитационного лечения.

Успех лечения пострадавших с сочетанными травмами зависит от разработки и внедрения. В практику схем и алгоритмов приоритетности лечения отдельных травм, четкого определения показаний к операции и выбора времени. Методика стабилизации перелома определяется тяжестью состояния больного.