

УДК 616.7-001-083,98:614.86

В.В. Бойко, А.В. Козаченко, В.Г. Ринденко***, В.І. Щербаков*,
С.В. Ринденко***, О.Е. Феськов*****

*ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України», м. Харків
Харківський національний медичний університет

***Харківська міська лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги
ім. проф. О.І. Мещанінова*

****Харківська медична академія післядипломної освіти*

ДОСВІД НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОТЕРПІЛИМ З МНОЖИННИМИ І ПОЄДНАНИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ В ХАРКОВІ

Наведено дані про організаційні питання надання медичної допомоги постраждалим із множинними і поєднаними ушкодженнями в умовах спеціалізованого відділення політравми. Узагальнено досвід основних напрямків роботи, обґрунтовано раціональність штатної структури спеціалізованого відділення політравми.

Ключові слова: політравма, лікування, організація.

Одною з актуальних проблем сучасної медицини є поєднана травма, яка зростає за частотою і тяжкістю в усіх регіонах нашої країни. Травматизм — це велика медична і соціальна проблема. Щорічно в Україні травмується приблизно 4,5 мільйона людей. Значна частина людей гине внаслідок травм. Спостерігається сумна тенденція летальності внаслідок травм — зростання кількості померлих з роками. Так, у 1993 р. летальність в Україні складала 27 944, а в 2005 р. — 42 000. За 5 років в Україні тільки внаслідок ДТП загинуло 35 117 чоловік.

За даними ВООЗ, урбанізація, зростання технологічного та соціального тиску на суспільство призводять до того, що навмисні і ненавмисні ушкодження стали частиною сучасного життя в усьому світі. Це призводить до того, що внаслідок травм частка смертності та інвалідизації в розвинутих країнах сягає 7,6 % проти 10,7 % в країнах, що розвиваються. Прогноз також маловтішний — ці показники мають тенденцію до збільшення у найближчі 20 років до 13 % [1, 2].

На теренах нашої країни організаційні засади надання допомоги потерпілим з політравмою в урбанізованих регіонах склались стихійно та досить раціонально щодо концентрації ліжкового фонду та всіх спеціалістів в лікувальних закладах [3]. Сьогодні в країні існують як спеціалізовані відділення політравми, так і інші організаційні форми.

При відсутності відділень політравми надання допомоги потерпілим з множинними та поєднаними пошкодженнями потребує організаційної досконалості на всіх етапах медичної допомоги. Так, у Сумському регіоні на догоспітальному етапі бригадою швидкої медичної допомоги проводиться сортування і при виявленні ознак полісистемних або поліорганних пошкоджень потерпілого доправляють у відділення реанімації, де проводиться бригадно-консультативний мультидисциплінарний метод обстеження [4].

Про успішну організацію системи надання допомоги з використанням існуючої структури установ охорони здоров'я повідомляв М.І. Березка [5]. Суть реорганізації полягає в тому, що було об'єднано обласну лікарню та територіальний центр екстреної медицини та медицини катастроф і створено новий заклад «Обласна лікарня — центр екстреної медичної допомоги» [5]. Створення центру забезпечило функціонування єдиної системи надання медичної допомоги постраждалим з політравмою, відповідно до якої у медичних закладах районного та міського рівнів виконуються протишокові та життєврятувальні заходи, а далі постраждалі реанімобілем доставляються до центру травми. Це привело до зниження летальності на 25 %.

В нашій державі в даний час проходить становлення системи надання допомоги по-

© В.В. Бойко, А.В. Козаченко, В.Г. Ринденко та ін., 2012

терпілим з множинними та поєднаними пошкодженнями в двох напрямках: розробка теоретичних засад створення системи центрів травми та підготовки фахівців для надання допомоги на догоспітальному етапі.

Незадовільний стан екстреної медичної допомоги в Україні ілюструє показник смертності внаслідок ДТП, який становив у 2007 р. 20,4 на 100 000 населення, що перевищує європейський більш ніж у 2 рази. Для вирішення проблеми екстреної медичної допомоги Кабінет Міністрів України прийняв постанову № 1290 від 05.11.07 «Про затвердження Державної програми створення єдиної системи екстреної медичної допомоги на період до 2010 року». Декларована мета цієї програми — створення умов для розширення доступності та підвищення якості екстреної медичної допомоги, зниження рівня інвалідності та смертності. При цьому констатується факт тенденції до підвищення травматизму: у 2002 р. — 224 613 випадків (465,1 на 10 тисяч населення), у 2006 р. — 228 917 (489,6 на 10 тисяч). Серед населення працездатного віку травматизм посідає перше місце, а смертність перевищує аналогічні показники в розвинутих країнах світу не менш як у 3 рази. В розвиток Постанови був прийнятий Наказ МОЗ України № 370 від 01.06.09 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги». З урахуванням структури різних лікарняних закладів для надання медичної допомоги постраждалим з політравмою можна вважати, що найбільш пристосованими є ЛШМД та обласні лікарні, які у відповідності до міжнародних стандартів можуть виконувати функції центрів травми першого рівня, міські та ЦРЛ — функції центрів травми другого рівня, а районні лікарні — третього рівня [6].

За даними Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, на 2006 р. такі центри існують в Харкові, Донецьку, Львові та Києві, причому в Києві відпрацьовуються дві моделі центрів травми: відділення політравми на базі лікарні № 17, яке забезпечене всіма фахівцями, та центр травми з профільними відділеннями на базі ЛШМД [7].

Щодо фахового забезпечення медичної допомоги потерпілим при політравмі існують різні та навіть протилежні думки. Так, Г.Г. Роцін зі співавт. схиляються до думки щодо доцільності надання допомоги на догоспітальному етапі особами, які не мають спеціальної медичної освіти (подібно «пара-

медикам» у США), а також введення в стаціонарі спеціальності лікар-хірург пошкоджень [8]. В той же час М.І. Хвисюк зі співавт. вважають, що при сучасній інформативній завантаженості хірург пошкоджень не зможе надати висококваліфіковану допомогу при пошкодженнях різних систем, і пропонують поліпшити рівень знань вузьких спеціалістів з проблеми політравми в загальнобіологічному плані та знань принципів та концепцій лікування травм [9].

Таким чином, аналіз організаційних засад з надання допомоги потерпілим з множинними та поєднаними пошкодженнями дозволяє зробити однозначний висновок: якісна екстрена медична допомога потерпілим при політравмі може бути забезпечена в спеціалізованому центрі на базі багатопрофільної лікарні, а ядром такого центру повинно бути відділення політравми [10].

В Харкові відділення політравми відкрито 17.07.92 на основі Наказу Харківського міського відділу охорони здоров'я на базі лікарні швидкої медичної допомоги. Залишається дивуватись передбачливості організаторів щодо штатного розкладу та структури відділення. Перш за все треба наголосити на поєднанні догоспітального та госпітального етапів щодо єдності керівництва — головний лікар лікарні є керівником служби швидкої медичної допомоги. Це забезпечує спадкоємність у наданні допомоги, взаємну інформованість стосовно її якості та безперервність у підвищенні кваліфікації лікарів догоспітального етапу.

Принципові положення для лікарів догоспітального етапу при наданні допомоги потерпілим складаються з таких постулатів.

На місці пригоди основне завдання лікаря — оцінити тяжкість стану потерпілого та провести якісну первинну медичну допомогу. Детальне встановлення характеру пошкодження має другорядне значення і не повинно відволікати увагу лікаря від потерпілого. Лікаря догоспітального етапу не дорікають за розбіжності в діагнозі зі стаціонаром.

У відділення політравми доставляються хворі, у яких за механізмом травми можливі множинні та поєднані пошкодження. Основні механізми травми такі: дорожньо-транспортні пригоди, кататравма, вогнепальні та ножові поранення, травми при техногенних катастрофах, травми в результаті побиття та ін.

Таким чином, перед лікарем догоспітального етапу не стоїть дилема, є у потерпі-

лого політравма чи немає? А отже, і немає вагань щодо лікувального закладу, куди треба доставити потерпілого незалежно від графіка ургентності по місту. Це захищає хворого від перетранспортувань з одного лікарняного закладу в інший та негативних наслідків такого явища.

Незважаючи на наявність в лікарні самостійного відділення реанімації та інтенсивної терапії, у складі відділення політравми спочатку були дві палати реанімації й інтенсивної терапії, укомплектовані штатом анестезіологів-реаніматологів, анестезистами і медсестрами. Цим персоналом надавалось реанімаційно-анестезіологічне забезпечення потерпілого починаючи з приймального відділення, під час проведення оперативних втручань та в ранньому післяопераційному періоді — хворий з операційної потрапляв у палати реанімації й інтенсивної терапії. Таким чином, була забезпечена спадкоємність у проведенні анестезіологічної, реанімаційної допомоги й інтенсивної терапії. Подальше вдосконалення в наданні анестезіологічно-реанімаційної допомоги привело до відкриття в складі відділення політравми відділення анестезіології й інтенсивної терапії на 12 ліжок.

Відділення політравми з самого початку було укомплектовано основними спеціалістами, необхідними для надання медичної допомоги при множинних та поєднаних пошкодженнях — анестезіологами-реаніматологами, хірургами, нейрохірургами та травматологами. Штат ургентної бригади також складався з основних спеціалістів.

На сьогоднішній день стаціонарна допомога потерпілим з політравмою надається в функціональному об'єднанні в складі відділення політравми на 60 ліжок і відділення анестезіології й інтенсивної терапії на 12 ліжок, сумісних територіально.

Кількісний та якісний склад персоналу дозволяє надавати висококваліфіковану допомогу в повному обсязі, а відділення може працювати в автономному режимі.

Постраждалих з наявними та можливими множинними і поєднаними пошкодженнями доставляють у приймальне відділення, де одночасно оглядаються хірургом, травматологом, нейрохірургом (з урахуванням механізму травми). А потерпілих, які потребують реанімаційних заходів та інтенсивної терапії, доставляють у реанімаційну палату приймального відділення, де проводиться лікування й обстеження. В залежності від результатів обстеження хворого

можуть госпіталізувати у відділення політравми при наявності (або підозрі) множинних та поєднаних пошкоджень або в профільне відділення при ізольованих травмах. Тих, хто потребує невідкладних оперативних втручань, направляють в операційну. Таким чином, у приймальному відділенні проводиться перший етап внутрішньолікарняного сортування.

Умовно потерпілих, що госпіталізовані у відділення політравми, можна розподілити на дві групи: потерпілі з діагностованими на ранньому госпітальному етапі множинними та поєднаними пошкодженнями та постраждали з діагностованими ізольованими пошкодженнями і підозрою на можливість супутніх пошкоджень. Постраждалими першої групи проводили адекватне лікування всіх пошкоджень відповідно до діагностичної концепції — розгорнутий клінічний діагноз пошкоджень органів і систем з констатацією ступеня тяжкості травми по ISS. Хворим другої групи намічали план дообстеження з використанням об'єктивних методів у напрямку виключення можливих ушкоджень відповідно до механізму травми. При наявності ізольованих пошкоджень постраждалих, як правило, переводили в профільне відділення — приблизно від 12 до 15 %. Якщо пошкоджень, які потребують стаціонарного лікування, не виявлено, постраждалих виписували на амбулаторне лікування. Таким чином, проводився другий етап внутрішньолікарняного сортування.

В клініці при виборі об'ємів оперативних втручань та послідовності їх виконання застосовується лікувальна тактика «Damage Control» (контроль ушкоджень).

Слід звернути увагу на таку особливість роботи відділення анестезіології та інтенсивної терапії в складі відділення політравми, як спадкоємність та безперервність лікувального процесу: лікар-анестезіолог забезпечує не тільки операційний етап, а і продовжує надання необхідної допомоги в палатах інтенсивної терапії, де проводиться корекція систем життєзабезпечення. Кількість потерпілих, що користувались послугами палат інтенсивної терапії, в 2007, 2008, 2009 рр. становили 584, 514 та 434 відповідно. За цей же час у палатах інтенсивної терапії померло 109, 112 та 80 потерпілих відповідно. Основними причинами смерті були поліорганна недостатність, гострий респіраторний дистрес-синдром, необоротний травматичний шок і дислокація головного мозку.

Робота відділення політравми проводиться в чотирьох напрямках: лікувальному, навчальному, науково-дослідному та видавничому.

Лікувальна робота. Загальна координація лікувальної роботи проводиться завідувачем відділення (хірург) та керівником клініки (професор, ортопед-травматолог). Крім того, хірургічне направлення курирується доцентом кафедри госпітальної хірургії медичного університету. Крім повсякденної лікувальної роботи завданням кураторів є впровадження нових методів діагностики та лікування.

Навчальна робота. Відділення політравми є базою кафедр госпітальної хірургії та анестезіології Харківського національного медичного університету та кафедри травматології, вертебрології та анестезіології і кафедри медицини невідкладних станів, медицини катастроф та військової медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти. Треба відмітити плідне співробітництво працівників кафедри різних установ.

Список літератури

1. Мазуренко О. В. Загальні принципи лікування постраждалих з політравмою на госпітальному етапі / О. В. Мазуренко // Український журнал екстремальної медицини ім. Г. О. Можаява. — 2003. — Т. 4, № 2. — С. 80–85.
2. Murray C. Y. L. Alternative projections of mortality and disability by causes 1990–2020; global burden of disease study / C. Y. L. Murray, A. D. Lopez // Lancet. — 1997. — V. 349, № 9064. — P. 1495–1544.
3. Особенности распределения коечного фонда и кадров травматологической службы индустриального урбанизированного региона (по материалам Донецкой области) / В. Г. Климовицкий, В. Ю. Черныш, О. П. Зерный [и др.] // Травма. — 2009. — Т. 40, № 4. — С. 363–366.
4. Діагностика та оперативна тактика при важкій множинній травмі / В. В. Горох, Н. М. Яковенчук, М. Т. Яковенчук [та ін.] // Науковий вісник Ужгородського університету. — 2007. — Вип. 32. — С. 60–62.
5. Березка М. І. Клініко-організаційні засади лікування постраждалих з політравмою в умовах великого промислового регіону / М. І. Березка // Збірник наукових праць XV з'їзду ортопедів-травматологів України. — Дніпропетровськ, 2010. — С. 322.
6. Надання екстреної медичної допомоги в Україні. Перспективи розвитку / Г. Г. Роцін, М. О. Стрельников, Я. С. Кукуруз [та ін.] // Проблеми військової охорони здоров'я : збірник наукових праць Української військово-медичної академії. — К., 2010. — Вип. 28. — С. 50–56.
7. Необхідність створення системи центрів травми в Україні / Ю. О. Гайдаєв, П. Д. Фомін, Г. Г. Роцін [та ін.] // Проблеми військової охорони здоров'я : збірник наукових праць Української військово-медичної академії. — К., 2006. — С. 3–15.
8. Кадрова проблема в лікуванні тяжкої травми / Г. Г. Роцін, М. М. Михайлівський, Б. В. Доманський, С. В. Синельник // Проблеми військової охорони здоров'я : збірник наукових праць Української військово-медичної академії. — К., 2006. — С. 167–172.
9. Шляхи удосконалення надання допомоги потерпілим з множинними та поєднаними пошкодженнями / М. І. Хвусюк, В. Г. Ринденко, М. І. Завеля, С. В. Ринденко // Проблеми військової охорони здоров'я : збірник наукових праць Української військово-медичної академії. — К., 2006. — С. 87–92.
10. Бондаренко А. В. Организация специализированной помощи при политравме в крупном городе / А. В. Бондаренко // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. — 2005. — № 4. — С. 81–84.

Щоденна навчальна робота включає в себе консультативні обходи, консультації, клінічні розбори та ін. Відповідно до плану проводяться реферативні та патологоанатомічні конференції.

Науково-дослідна робота проводиться співробітниками не тільки кафедр, а й відділення. Так, тільки за 3 роки співробітниками відділення захищено 3 кандидатські дисертації, виконуються 3 докторські дисертації (нейрохірургом, травматологом та хірургом). Наукова новизна цих робіт підтверджена 14 винаходами.

Висновки

Наведений нами абсолютно неповний аналіз роботи відділення політравми свідчить про успішне поєднання лікувальної, навчальної і наукової складових сучасної медицини, без якого якість медичного обслуговування не може відповідати сучасним потребам.

Ми не претендуємо на унікальність досвіду, а лише ділимося ним з надією, що наш досвід може стати корисним для організаторів охорони здоров'я, практиків та вчених.

В.В. Бойко, А.В. Козаченко, В.Г. Рынденко, В.И. Щербаков, С.В. Рынденко, А.Э. Феськов
ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ
ПОВРЕЖДЕНИЯМИ В ХАРЬКОВЕ

Приведены данные об организационных вопросах оказания медицинской помощи пострадавшим с множественными и сочетанными повреждениями в условиях специализированного отделения политравмы. Обобщен опыт основных направлений работы, обоснована рациональность штатной структуры специализированного отделения политравмы.

Ключевые слова: политравма, лечение, организация.

V.V. Boyko, A.V. Kozachenko, V.G. Ryndenko, V.I. Scherbakov, S.V. Ryndenko, A.E. Feskov
EXPERIENCE IN MEDICAL AID TO VICTIMS WITH MULTIPLE AND COMBINED INJURIES IN
KHARKOV

The data about organizational questions of rendering of medical aid to victims with multiple injuries in specialized polytrauma department are cited. Experience of the basic directions of work is generalized, rationally of regular structure of specialized polytrauma department is proved.

Key words: polytrauma, medical aid, organization.