

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

Лечение пациентов с тяжелыми сочетанными повреждениями — одна из основных задач коллектива НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. В последнее время отмечается рост числа пациентов с тяжелыми механическими травмами. В связи с этим мы решили задать несколько вопросов руководителю отделения сочетанной и множественной травмы, д.м.н. П.А. Иванову.



Каковы наиболее частые обстоятельства получения сочетанных травм? Меняется ли структура основных причин в последние годы? С чем это связано?

Сочетанная травма — это болезнь крупных современных городов и больших промышленных центров. Основной поставщик данного вида травмы в нашей стране и мире — дорожно-транспортные происшествия. Они составляют примерно 65–70% от общего числа травмы. Другие обстоятельства в порядке убывания: падения с большой высоты (в том числе, участвовавшие в настоящее время попытки суицида), производственные травмы, техногенные катастрофы, а также террористические акты. Структура основных причин в последнее время не меняется. Уже в течение 50 лет ДТП — основная причина получения тяжелых повреждений.

Какие повреждения чаще всего диагностируются у пациентов с сочетанными травмами?

У пострадавших встречаются повреждения любой локализации. Примерно у 45% пациентов диагностируются повреждения головы. У трети пациентов — повреждения грудной клетки. В 25% случаев выявляются повреждения органов живота и забрюшинного пространства. Чаще всего, в 70% случаев, встречаются повреждения опорно-двигательного аппарата — конечностей, таза, позвоночника.

Павел Анатольевич, от каких факторов в первую очередь зависит судьба пострадавшего с сочетанной травмой?

В настоящее время принято выделять три основных фактора. Первый — это тяжесть полученных пациентом повреждений. Анализируя эту составляющую, учитывают тяжесть полученных повреждений головного мозга, внутренних органов, костей скелета, кожного покрова, их количество. Второй — состояние организма пострадавшего перед травмой. Это пол, возраст, тип конституции, сопутствующие хронические заболевания, перенесенные ранее заболевания и травмы, наличие вредных привычек и так далее. И третий фактор — это эффективность наших лечебных мероприятий. Под эффективностью мы понимаем их своевременность и адекватность. Чем раньше будут начаты реанимационные и хирургические мероприятия, тем быстрее мы сможем улучшить состояние пациента. Важно, что только на этот — третий — фактор, мы можем воздействовать.

Каковы особенности сочетанной травмы как раздела медицины?

Сочетанная травма является относительно новой для всего человечества. Медицина занимается такими больными лишь последние 40–50 лет. Раньше, до начала «автомобилизации» и индустриализации, таких травм было мало, и те немногие люди, которые получали подобные травмы, как правило, погибали на месте происшествия. В 60-е годы прошлого столетия в экономически развитых государствах стали формироваться системы скорой медицинской помощи и тяжелопострадавших пациентов стали успевать доставлять в стационары. Но вот на госпитальном этапе врачи в то время не имели опыта лечения таких тяжелых пациентов. Это и стало точкой отсчета в освоении этой сложной патологии, в разработке правил и алгоритмов лечения. Сегодня, благодаря усилиям врачей, которые занимались и занимаются этой патологией, сформировалось фактически новое направление, новая медицинская дисциплина — «хирургия тяжелых повреждений». В настоящий момент в этой области удалось достичь серьезного прорыва, и благодаря развитию науки и технологий сегодня спасают жизнь и здоровье тем больным, которые еще 30 лет назад считались безнадежными. В то же время, так как этот раздел медицины еще очень молодой, ему все еще свойственны всевозможные остаточные «детские болезни» — некоторая терминологическая путаница, отсутствие единых лечебных схем и алгоритмов, отставание в техническом обеспечении лечебного процесса.

Врачи каких специальностей занимаются лечением данных больных?

Эта область мультидисциплинарна. На догоспитальном этапе огромное значение имеют опыт и знания врачей скорой помощи. На них ложится крайне сложная задача — начать реанимационное пособие в непростых условиях, на месте происшествия или в быстро движущейся машине, вертолете. С первых минут поступления пациента в стационар им занимаются реаниматологи, хирурги, травматологи, нейрохирурги, урологи, анестезиологи, трансфузиологи, специалисты лабораторной, лучевой диагностики и многие другие. Могу сказать, что в нашем большом институте нет врачей, которые бы не были причастны к лечению пациентов с сочетанными травмами. Данное обстоятельство делает эту патологию уникальной и в то же время порождает много вопросов.

Насколько согласована работа между врачами службы скорой помощи и врачами стационаров? Какие нерешенные вопросы есть на догоспитальном этапе?

Работа на догоспитальном этапе очень сложна. К приоритетным мероприятиям относятся установление предварительного диагноза, остановка наружного кровотечения, обеспечение дыхания, иммобилизация переломов крупных костей, борьба с гипотермией, а также инфузионная терапия. Один из вопросов, который предстоит решить — это своевременность оказания помощи при напряженном пневмотораксе, который является довольно частым осложнением травмы груди у пациентов с сочетанными повреждениями (примерно 25–30% случаев). До настоящего времени при наличии пневмоторакса помощь на догоспитальном этапе не начинается. Нередко к нам привозят пациентов с не устраненным пневмотораксом, и, как следствие, гипоксией тканей. А это одно из ключевых патогенетических звеньев у пострадавших с тяжелыми повреждениями и кровопотерей. Длительная, в течение догоспитального этапа, неустраненная компрессия легкого значительным образом усугубляет гипоксию. Поэтому, например, в западных странах при наличии признаков пневмоторакса врач или парамедик обязаны выполнить дренирование или пункцию плевральной полости на месте происшествия или в ходе транспортировки в стационар. У нас этого пока не делают. Не решен также вопрос оперативно-информирования дежурной службы стационара о предстоящей доставке пострадавшего. Требуют разработки алгоритмы догоспитальной сортировки при массовых ЧП с большим количеством нуждающихся в медицинской помощи.

Как часто Вам приходится сталкиваться со случаями массовых поступлений пострадавших?

К сожалению, такие ситуации не редкость. Аварии в метро, в аэропортах, на дорогах, обрушение зданий, террористические акты приводят к одновременному получению травм десятками людей. В ведущие стационары Москвы в таких случаях поступают одновременно 10–15 пострадавших с тяжелыми повреждениями. Это очень серьезная нагрузка для коллектива стационаров. И здесь с особой остротой встают вопросы правильной организации приема, обследования и лечения поступивших пострадавших. Важно быстро и четко провести сортировку пациентов, определить приоритетные мероприятия, начать реанимационное лечение и быстро выполнить неотложные операции. Правило «золотого часа», которого стремятся придерживаться в настоящее время, требует в течение одного часа с момента получения травмы осуществить приезд бригады скорой помощи, начать мероприятия на месте травмы, осуществить доставку пострадавшего в стационар и выполнить жизнеспасающие операции по остановке кровотечения и восстановления дыхания. Только такие быстрые и организованные мероприятия позволят сохранить жизнь пострадавшим с очень тяжелыми повреждениями. Соблюсти это требование в случае единичного поступления уже непросто, а при массовом поступлении — крайне тяжело.

Что могло бы помочь в значительной степени улучшить ситуацию с оказанием медицинской помощи при данной патологии в нашей стране?

Одним из существенных вкладов в развитие данного вида помощи стало бы создание государственного

реестра (регистра) пациентов с травмами. К сожалению, у нас в стране мы пока не имеем даже сводных данных о ситуации в этой области. В каждом стационаре много своих особенностей при оказании помощи данной категории пациентов, а подробный анализ результатов лечения не приводится. Поэтому нет сведений об общей ситуации по стране в данной области. В некоторых странах созданы и уже на протяжении десятилетий работают национальные регистры (электронные базы данных) пациентов с травмами. Это почти все страны Европы, США, Канада, Австралия и другие. В Африке 6 государств имеют свои национальные травматологические регистры. Они содержат исчерпывающую информацию о полученных повреждениях, проведенном лечении и его результатах для каждого больного. Без создания регистра в нашей стране мы не сможем покончить с тем разнообразием подходов к лечению данной категории пациентов, которое имеет место в наших стационарах. Только это позволяет составить цельное представление о числе смертельных исходов, осложнений и неудовлетворительных результатах лечения. При анализе этих массивов данных несложно выявить слабые места и найти причину отставания каких-либо специалистов, отделений или стационаров от современного уровня. Создание регистра и его постоянное заполнение — это тяжелая скрупулезная работа, но польза от нее огромная.

Сформированы ли в настоящее время какие-либо федеральные или региональные стандарты, алгоритмы оказания помощи пострадавшим с политравмой?

К сожалению, пока еще нет. Есть ряд федеральных и региональных приказов и положений относительно данной патологии, но единой платформы в нашем здравоохранении пока нет. Да и существующие руководящие документы не всегда могут исполняться на местах, так как для этого не созданы условия.

Какова роль НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского в решении проблем сочетанной и множественной травмы?

Наш институт является головным учреждением в Москве в вопросах лечения тяжелых травм. Коллектив имеет огромный опыт в данной области. Отделение сочетанной и множественной травмы создано более 30 лет назад, это было первое подобное отделение в нашей стране в те годы. Сегодня в нашем отделении и институте применяются самые совершенные технологии и лечебные подходы — стабильно-функциональный остеосинтез, временная внешняя фиксация переломов на реанимационном этапе, малоинвазивные и открытые операции при тяжелых нестабильных повреждениях таза, микрохирургические операции по закрытию дефектов тканей при тяжелых открытых переломах, тактика программируемого этапного хирургического лечения (*damage control*). Многие врачи из других регионов нашей страны проходят обучение лечению тяжелых повреждений. Наши сотрудники являются авторами многих монографий, статей, методических рекомендаций. Коллектив проводит огромную работу, но в этой области нужны усилия многих врачей, ученых и организаторов здравоохранения.