

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ЛІКУВАЛЬНІ ПРИНЦИПИ СОРТУВАННЯ ПОРАНЕНИХ З БОЙОВОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ТРАВМОЮ КІНЦІВОК НА IV РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

С. О. Король, І. І. Жердєв, А. М. Доманський

Українська військово—медична академія, м. Київ,
Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова,
Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України

THE PRINCIPLES OF ORGANIZATION AND TREATMENT FOR SORTING OF WOUNDED PERSONS WITH A COMBAT SURGICAL TRAUMA OF EXTREMITIES ON THE IV LEVEL OF THE MEDICAL CARE PROVISION

S. O. Korohl, I. I. Zherdev, A. M. Domanskiy

Медичне сортування поранених з травмою кінцівки раніше здійснювали військові хірурги й травматологи. За попередньої системи лікувально—евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) поранені потрапляли на IV рівень медичної допомоги лише через 3 — 7 діб після травми, що ускладнювало перебіг травматичної та ранової хвороби [1 — 3]. Не вирішена проблема медичного сортування поранених з ураженням кінцівок в умовах лікувальних закладів IV рівня медичної допомоги МОЗ України [4 — 6].

Мета дослідження: сформулювати організаційні та лікувальні принципи медичного сортування потерпілих з пораненням кінцівок на підставі досвіду Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І. І. Мечникова.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізоване медичне сортування 434 потерпілих з вогнепальними пораненнями кінцівок з 2014 по квітень 2015 р.

Поранених направляли з Військових мобільних госпіталів (ВМГ), Центральних районних лікарень (ЦРЛ), що перебували в зоні відповідальності, Маріупольської лікарні швидкої медичної допомоги.

Медичне сортування поранених розпочинали на сортувальному майданчику аеродрому Дніпропет-

Реферат

Наведений досвід медичного сортування 434 потерпілих з вогнепальними пораненнями кінцівок у 2014 — 2015 рр. Сформульовані організаційні та лікувальні принципи медичного сортування поранених. Впроваджене прогностичне, внутрішньогоспітальне, діагностичне та евакуаційно—транспортне сортування поранених в лікувальному закладі IV рівня з огляду на тяжкість травматичного шоку та прогноз їх виживання.

Ключові слова: поранення кінцівок; сортувально—евакуаційні заходи; рівні медичної допомоги.

Abstract

Experience of medical sorting of 434 injured persons with a gun—shot woundings of extremities in 2014 — 2015 yrs is adduced. The principles of organization and treatment for medical sorting of wounded persons were elaborated. Prognostic intrahospital, diagnostic and evacuation—transport sorting was introduced in wounded persons in the IV level hospital, concerning severity of traumatic shock and prognosis of their survival.

Key words: wounded extremities; sorting—evacuating measures; levels of medical care.

ровська та продовжували у приймально—діагностичному відділенні Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І. І. Мечникова.

Тяжкість стану на сортувальному майданчику аеродрому оцінювали за анатомічною компонентою (характером поранення або пошкодження), наявністю кровоспинного джгута вище місця пошкодження та найбільш простими функціональними показниками (сistolічний артеріальний тиск, частота скорочень серця, шоківий індекс Альговера, частота дихання).

Після госпіталізації у приймально—діагностичному відділенні сортування поранених з вогнепальним ураженням кінцівок здійснював найдосвідченіший травматолог з за-

лученням за необхідності судинного хірурга, нейрохірурга, абдомінального та торакального хірургів, анестезіолога, рентгенолога. Ці фахівці визначали сортувальну групу залежно від тяжкості травматичного шоку та прогнозу виживання пораненого (див. таблицю).

В лікарню госпіталізували переважно поранених з тяжкою, вкрай тяжкою бойовою хірургічною травмою, що потребували спеціалізованого лікування IV рівня медичної допомоги.

За умови надходження великої кількості поранених безпосередньо з місця масових санітарних втрат медичне сортування здійснювали в транспортному засобі або приймально—діагностичному відділенні,

відповідно до вимог первинного медичного сортування.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

"Зелена" сортувальна група — 70 (16,13%) поранених з легкою травмою, без ознак травматичного шоку, пересувались самостійно, тривалість лікування не перевищувала 15 діб. В умовах приймально—діагностичного відділення їм проводили загальноклінічне обстеження, рентгенографію сегмента кінцівки у двох проекціях, електрокардіографію, за необхідності — доплерографію судин. Спіральну комп'ютерну томографію використовували за потреби, після поранених з "жовтої" групи. В подальшому, після оцінки тяжкості стану та діагностики, поранених направляли у відділення травматології для передопераційної підготовки. При масовому надходженні поранених допускали проведення відтермінованого спеціалізованого лікування в третю чергу, без погіршення загального стану поранених. В операційну їх подавали після поранених з "жовтої" групи, з подальшим переведенням в травматологічне відділення після операції. Після проведення спеціалізованого лікування поранених переводили в Дніпропетровський військовий госпіталь для проведення військово—лікарської комісії (ВЛК), госпіталь для легко поранених та лікарні міста. Поранених за важкого пошкодження кисті та стабільного загального стану направляли в Центр кисті Дніпропетровської міської лікарні № 16, поранених з комбінованими термічними пошкодженнями кінцівок, що потребували шкірної пластики — в Опіковий центр Дніпропетровської міської лікарні № 2.

"Жовта" сортувальна група — 144 (33,18%) поранених з травмою середньої тяжкості, у стані компенсованого травматичного шоку. Сприятливий прогноз перебігу травматичної хвороби, ризик летальності 2 — 25%, тривалість лікування у стаціонарі від 16 до 30 діб. Діагностичний комплекс застосовували в умовах приймально—діагностичного відділення, після поранених з "червоної" групи. В умовах масового надходження поранених, після сортування в приймально—діагностичному відділенні, спеціалізоване лікування було відтерміноване протягом обмеженого періоду без погіршення загального стану. Поранених направляли в операційну після поранених з "червоної" групи.

"Червона" сортувальна група — 213 (49,08%) поранених з важкою травмою, без небезпеки для життя, у стані декомпенсованого оберненого травматичного шоку. Сумнівний прогноз для життя, летальність 26 — 75%, тривалість лікування у стаціонарі понад 30 діб. Діагностику у повному обсязі проводили в реанімаційному залі (протишоковій палаті) з подальшим продовженням зазначених заходів в операційній політрауми. Після проведення діагностичних та протишовкових заходів спеціалізоване травматологічне лікування проводили, насамперед, в операційній з подальшим переведенням поранених в реанімаційне відділення політрауми. Після надання спеціалізованої травматологічної допомоги поранених "червоної" та "жовтої" сортувальних груп евакуювали в лікувальні заклади МО України IV та V рівня.

"Чорна" сортувальна група — 7 (1,61%) поранених з ушкодженнями, не сумісними з життям. Поранені

внаслідок декомпенсованого необерненого травматичного шоку були у стані агонії (вмирали), були евакуйовані з попередніх рівнів, тривалість їх перебування не перевищувала 1 доби. Діагностичні, протишовкові та реанімаційно—хірургічні заходи проводили на операційному столі та продовжували в реанімаційному відділенні політрауми. За наявності ознак життя комплекс реанімаційних заходів продовжували з надією змінити "несприятливий" прогноз перебігу травматичної хвороби на "сумнівний".

Оцінку стану поранених в динаміці, корекцію внутрішньогоспітальних та евакуаційно—транспортних рішень медичного сортування здійснювали під час проведення лікувально—діагностичних заходів.

Для об'єктивізації оцінки тяжкості поранення під час госпіталізації потерпілих в приймально—сортувальне відділення лікувальних закладів IV рівня застосовано сучасну шкалу оцінки з визначенням показників дихально—циркуляційних розладів, що є найбільш об'єктивними.

Діагноз, встановлений на попередніх рівнях медичної допомоги, залежав від діагностичних можливостей. Наприклад, за наявності рентгенапарата в ВМГ, проте, відсутності комп'ютерного томографа 5% поранених поступили з попереднім діагнозом, що змінювався; 4,6% поранених поступили з ВМГ без рентген—знімків через наявність цифрової рентген—установки, проте, відсутність принтерів для роздрукування.

Для покращання медичного сортування поранених необхідно:

— створити комп'ютерну програму, яка б в он лайн режимі дозволяла отримати інформацію, про-

Методика визначення сортувальних груп за шкалою PTS (1997)

Сортувальна група	Тяжкість травми	Тяжкість травматичного шоку	Прогноз виживання	PTS, балів	Летальність, %
«Зелена»	Легка	Немає	Сприятливий	0–11	Менше 1
«Жовта»	Середньої тяжкості	Компенсований	Сприятливий	12–30	2–25
«Червона»	Тяжка	Декомпесований, обернений	Сумнівний	31–49	26–75
«Чорна»	Вкрай тяжка	Декомпенсований, необернений	Несприятливий	Понад 49	Понад 75

аналізувати, провести відеоконсультацію лікарів I та II рівня більш досвідченими лікарями у складних ситуаціях;

— організувати окремий міський опіковий центр в Дніпропетровську для поранених з зони АТО;

— регулярно проводити тематичні цикли вдосконалення лікарів ЗС України з питань медичного сортування та оформлення медичної документації на базі Української військово—медичної академії;

— забезпечити особовий склад хірургічної служби та лікарень Дніпропетровська, що надають допомогу пораненим, вказівками з воєнно—польової хірургії [2].

Організаційні та лікувальні принципи медичного сортування

поранених з ураженням кінцівок у лікувальних закладах IV рівня медичної допомоги.

1. Медичне сортування є важливою компонентою лікувально—евакуаційних заходів.

2. Об'єктивізація медичного сортування та визначення сортувальних груп мають відбуватися відповідно тяжкості травми, тяжкості травматичного шоку та прогнозу виживання поранених з вогнепальним ураженням кінцівок.

3. Медичне сортування має бути спрямоване на першочергове спеціалізоване травматологічне лікування поранених у стані декомпенсованого оберненого травматичного шоку, за "сумнівного" прогнозу перебігу травматичної хвороби, не

своєчасне виконання протишокових заходів може спричинити їх смерть.

4. В другу чергу спеціалізоване травматологічне лікування надають пораненим, яких раніше, внаслідок проведеного медичного сортування, вважали "безнадійними". Більш правомірна відмова від лікування "безнадійних" поранених лише під час повномасштабних бойових дій за умови надмірного перевантаження лікувальних закладів. Впровадження запропонованого підходу дає змогу зменшити кількість "безнадійних" поранених.

5. В третю чергу спеціалізоване травматологічне лікування проводять пораненим, які мають більше шансів повернутися в строй.

ЛІТЕРАТУРА

1. Брижань Л. К. Система лечения раненых с огнестрельными переломами длинных костей конечностей (клинико—экспериментальное исследование): автореф. дис. ...д—ра мед.наук / Л. К. Брижань. — М.: Гос. ин—т усоверш. врачей МО, 2010. — 52 с.
2. Вказівки з воєнно—польової хірургії; за ред. Я. Л. Заруцького, А. А. Шудрака. — К.: СПД Чалчинська Н.В., 2014. — 396 с.
3. Гуманенко Е. К. Воєнно—полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов / Е. К. Гуманенко, И. М. Самохвалов. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2011. — 672 с.
4. Король С. О. Медичне сортування поранених з переломами довгих кісток в м. Дніпропетровську в умовах Антитерористичної операції (АТО) // Військова медицина України. — 2015. — Т. 15, № 2. — С. 78 — 83.
5. Лысенко М. В. Воєнно—полевая хирургия: руководство к практическим занятиям / М. В. Лысенко, В. К. Николенко, Л. К. Брижань. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2010. — 571 с.
6. Оцінка тяжкості стану та принципи сортування при тяжкій поєднаній травмі / Г. Г. Рошчін, О. А. Ткаченко, Н. М. Барамія [та ін.] // Зб. наук. праць XV з'їзду ортопедів—травматологів України. — Дніпропетровськ, 2010. — С. 320.

