

Розділ 1

Організаційні питання

© *Проблеми військової охорони здоров'я, 2010*
УДК 614.2:616-001(091)

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИТРАВМЫ. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ

Н. Н. Барамия

**Киевская городская клиническая больница
скорой медицинской помощи
Киев, Украина**

Постановка проблемы

По данным ВОЗ, каждый день в мире от травм погибает около 16 тыс. чел. (в 2009 г. умерло около 5,8 млн чел., что составляет 97,9 на 100 тыс. чел.). Отсюда травма входит в первую пятерку 10 причин смерти, а среди лиц работоспособного возраста занимает первое место.

Рост количества разнообразного рода техногенных катастроф и чрезвычайных ситуаций как во всем мире, так и в Украине привел к появлению новой социально-медицинской проблемы, связанной с большим количеством тяжелых повреждений человеческого организма, которая называется политравмой. Особенность политравмы заключается в том, что она является одномоментной травмой нескольких анатомо-функциональных областей, связанных всеобщностью анатомического расположения и функциональных действий. Если взять для сравнения изолированную травму живота и группу сочетанных ранений и травм живота, то в последней группе летальность превосходит в 7-8 раз. Этому способствуют неблагоприятные сопутствующие факторы, которые отрицательно влияют на весь ход диагностики и лечения. Алкогольное опьянение — один из важных неблагоприятных факторов, сопутствующий сочетанным травмам с неснижающейся частотой.

Глубокая степень алкогольного опьянения встречается примерно в 40-50% из числа пострадавших с политравмой. Обследование и ле-

чение больных на фоне алкогольного опьянения затруднено в связи с нарушением вербального контакта, недостоверностью объективного обследования. В конечном итоге это приводит к снижению точности и увеличению сроков диагностики, задерживает выполнение неотложного оперативного лечения, увеличивает опасность развития осложнений. Критическим сроком для начала оперативного вмешательства при нарушении целостности внутренних органов брюшной полости признан срок 6 часов. Превышение этого срока отображается на увеличении летальности, имея прямую корреляционную связь: при задержке свыше 8-12 часов летальность возрастает до 80-85%. Иными словами, возникла потребность в новой концепции, которая с современных, более широких позиций позволила бы диалектически объединить старые и новые взгляды, придать им прогрессивный характер. С позиций общей патологии, принимая во внимание, что любая болезнь, в конечном счете, рассматривается как одна из специфических форм адаптации в эволюции живых систем, сотрудники НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе предложили внести в теорию и практику нозологический принцип — всю совокупность патологических приспособительных изменений, наступающих в организме после травмы, назвать травматической болезнью (ТБ). Такой подход предполагал изучение и оценку всего комплекса нарушений функций организма, возникающих при тяжелых механических повреждениях, в их сложных взаимосвязях с момента травмы до ее исхода — выздоровления (полного, неполного) или гибели. При этом подчеркивалось, что нарушения функций организма не должны рассматриваться изолированно от реакций приспособительного (адаптивного) характера, а при анализе сущности и механизмов восстановительных процессов должны учитываться особенности расстройств его жизнедеятельности на всех стадиях болезни.

Основным этиологическим фактором ТБ является механическая травма большой силы. Было установлено, что ТБ имеет ряд особенностей. К ним относят внезапное начало, наличие повреждений и их последствий, вариацию форм течения ТБ в зависимости от локализации, характера и тяжести повреждения, необходимость использования специальных средств и методов лечения, смену периодов (фаз) течения процесса. Существует несколько классификаций периодов течения ТБ. В них по-разному оцениваются периодизация болезни, характер ее течения, клинические формы, однако все авторы едины в том, что она возникает внезапно с последовательной сменой периодов.

Разрешение проблемы

Вышеуказанное обусловило необходимость создания специализированных отделений политравмы. В 1985 г. вместе с открытием Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи начало свою деятельность специализированное отделение по предоставлению помощи пострадавшим с сочетанной и множественной травмой. На то время оно было первым в Украине отделением, которое получило название «отделение политравмы». Клиника политравмы была основана при содействии и активном участии академика А.А.Шалимова, под руководством старшего научного сотрудника, куратора отделения от Киевского научно-исследовательского института клинической и экспериментальной хирургии профессора Н.Н.Барамии, который с 1992 г. по настоящее время занимает должность заведующего отделением. Первым заведующим отделения был к.м.н., Заслуженный врач Узбекистана Я.С.Кукуруз.

В отделении работают специалисты, которые прошли подготовку по основным направлениям хирургии (торакальная, абдоминальная хирургия, урология, травматология, комбустиология). В направлении торакальной хирургии с отделением сотрудничали ведущие специалисты Украины — О.М.Авилова, А.В.Макаров, М.М.Багиров и др.

За 25 лет своего существования в отделении было пролечено более 42 тысяч пациентов. Как показывает статистика, количество госпитализированных ежегодно является стабильно высоким (рис. 1).

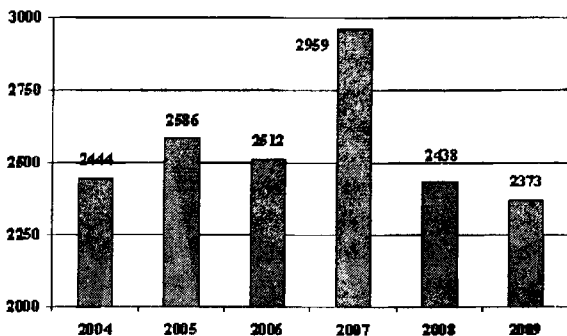


Рис. 1. Динамика госпитализации в отделение политравмы.

За время работы в отделении было выполнено 40 175 операций, из них на органах грудной клетки — 11 872, на органах брюшной полости — 12 516, в области таза — 1 774, на конечностях — 12 418, при ранениях сердца — 422, при огнестрельных ранениях — 874 операции. Ежегодно в отделении проводится около 1500 оперативных вмешательств.

Эти результаты свидетельствуют о совместных усилиях и труде коллектива единомышленников, людей, которые за долгие годы стали одной большой командой. Сотрудниками отделения активно разрабатывались новые методы диагностики пострадавших с политравмой, общегосударственные стандарты, протоколы и алгоритмы предоставления неотложной медицинской помощи, травмированным. Усилиями коллектива отделения внедрены в практику хирургии повреждений новейшие методики операционных вмешательств.

Основные задачи отделения на сегодня — оказание неотложной и хирургической помощи пострадавшим с травмами, консультативной помощи пострадавшим, которые находятся в отделениях больницы и других лечебных заведениях, научно-практическая разработка и внедрение в клиническую практику новых эффективных методов лечения пострадавших с травмами вместе с сотрудниками Украинского научно-практического центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф.

Неоценим вклад многих блестящих специалистов в развитие клиники, немало хирургов здесь получили профессиональный опыт, среди них: Асланян С.А., Величко В.М., Витюк Т.В., Гришина Л.М., Клименко П.М., Коваленко О.О., Ковальчук В.М., Мельник В.М., Могильный П.Г., Молид С.О., Мусиенко О.С., Приходько В.М., Прокопенко В.С., Пугачев А.Г., Трофименко М.О., Скарук Т.М., Флид О.В., Шептицкий В.М., Ющенко А.А., Яворский В.П.

Сегодня продолжают делиться своим бесценным опытом с молодыми специалистами настоящие мастера своего дела: Антонюк М. Г., Бондаренко О.С., Бурлука В.В., Воробей А.В., Гергая Т.В., Довжук Г. В., Дорош В.М., Кузьмин В.Ю., Мазуренко О.В., Мищенко А.А., Матийко А.С., Минець И.И., Новиков Ф.Н., Пагава А.З., Рибичский Г.А., Сацик С.П., Численко И.В., Швед А.И., Хворостина В.Н., Полищук А.В., Заворицкий О.Л., Сидоренко О.Н., Жученко М.И.

Интенсивному развитию, плодотворной деятельности и согласованной работе клиники политравмы содействовали главные врачи КМКЛШМД Прокопишин А.Л., Руденко Б.Н., Рощин Г.Г., Зборицкий В.В., Гайдаев Ю.А., Ткаченко О.А.

5 сентября 1985 года хирургами отделения была выполнена первая операция. На настоящее время в отделении политравмы выполняется весь объем urgentных оперативных вмешательств на органах грудной и брюшной полости, при скелетной травме, плановые операции на конечностях.

С первых дней работы согласованную деятельность среднего и младшего медперсонала организует старшая медицинская сестра Холченкова Л.М., которая работает с момента основания больницы. Усилиями высококвалифицированного труда, добросовестным отношением к своим обязанностям и чутким отношением к пациентам среднего и младшего медицинского персонала создан высокий имидж отделения среди медицинского сообщества и пациентов.

Кроме интенсивной лечебной деятельности клиника имеет и определенные достижения в научно-исследовательской работе: защищены 2 докторские и 21 кандидатская диссертации, опубликована 591 научная работа, проведено 157 научных докладов, внедрено 17 изобретений и 109 рационализаторских предложений. Проведенные научные исследования дали возможность разработать целый ряд фундаментальных положений в лечении пострадавших с политравмой, которые используются не только в отделении, но и в других лечебных заведениях Украины. Например, в научных работах обосновано применение протокольных схем, которыми предусмотрено проведение комплексного обследования с применением общепринятых диагностических методов с соблюдением принципов реализации диагностического процесса, которое сокращало время предоперационной подготовки и давало возможность выбрать оптимальный объем операционного вмешательства при политравме. Такими принципами определены своевременность, безопасность и адекватность диагностических мероприятий тяжести политравмы, эффективность диагностики. Научные работы подтверждает разработанная общими усилиями клиницистов и патофизиологов современная концепция травматического шока, которая позволила предупредить смерть пострадавших в остром периоде травмы. Однако, как показала практика, выведение пострадавшего из шока не является завершающим этапом лечения, и значительная часть пострадавших гибнет спустя некоторое время от различных осложнений, не связанных напрямую с травмой. Наиболее опасным осложнением является полиорганная недостаточность (ПОН). Ключевым звеном, который запускает процесс развития ПОН, есть гиперметабо-

лизм, который возникает в ответ на синдром системного воспаления не зависимо от этиологического фактора. По нашим наблюдениям, первичный СПОН был у 37% пострадавших, вторичный — у 63%. При развитии СПОН клиническими проявлениями были РДС в 60,9% случаев, энцефалопатия — 26,8%, ОССН — 14%, ДВС — 5,8%, острая печеночная недостаточность — 4,3%.

Тактика и объем лечения определяются тяжестью и характером повреждений, динамикой функциональных состояний жизненно важных систем организма с опережающим характером интенсивной терапии для предупреждения развития СПОН.

Наши исследования показали, что фоновая патология у пострадавших с СПОН была выявлена в 35,5%, при этом патология сердечно-сосудистой системы выявлена в 31,2%, заболевание легких — в 2,9%, цирроз печени — в 3,6%, патология почек, ЖКТ, психические расстройства — в 0,7%, сахарный диабет — в 1,5% случаев. Развитие травматической болезни у пострадавших с СПОН характеризовалось высокой летальностью: в остром периоде умерло 85,5% пострадавших, Причиной смерти было прогрессирование полиорганной дисфункции, при этом первичная ПОН была летальной у 31,2%, вторичная — у 54,4% из них.

Таким образом, политравма у 31,9% пациентов сопровождается развитием СПОН, патологической основой которого является первичное повреждение жизненно важных органов в комплексе с глубоким их ишемическим и метаболическим повреждением и вторичным аутоповреждением, системной воспалительной гиперреакцией, эндотоксикозом, нарушенным метаболизмом. СПОН при политравме склонен к прогрессированию и в 85,5% случаев является основной причиной смерти пострадавших в остром посттравматическом периоде.

Трудность диагностики, необходимость оказания помощи в очень короткий промежуток времени, высокая летальность на всех этапах эвакуации пострадавших, неудовлетворительные результаты лечения позволяют отнести данную проблему к наиболее актуальным.

Клиника политравмы в лечебной и научно-исследовательской работе тесно сотрудничает с Украинским научно-практическим центром экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (директор — д.мед.н., профессор Рошин Г.Г.), кафедрой военной хирургии Украинской военной медицинской академии (заведующий — д.мед.н., профессор Заруцкий Я.Л.), кафедрой неотложных состояний Национальной медицинской академии последипломного

образования им. П.Л.Шупика (заведующий — д.мед.н., профессор Зозуля И.С.). Сотрудники отделения неоднократно были задействованы в международных проектах при ликвидации последствий землетрясений в разных странах мира: 1999 г. — Турция, 2001 г. — Индия, 2003-2004 гг. — Иран, 2005 г. — Пакистан.

Заключение

Лечение больных с политравмой — очень важная проблема медицины, которая требует дальнейшего изучения и совершенствования. Основываясь на собственных наблюдениях и опыте лечения пострадавших в ведущих клиниках, необходимо предпринять следующие шаги: организовать центры травмы (с полным автономным анестезиологическим и реанимационным обеспечением), оснастить операционные и отделения политравмы современным оборудованием, усовершенствовать систему подготовки персонала в соответствии с международными стандартами.

С первого дня существования отделения политравмы его персонал круглосуточно оказывает помощь пострадавшим, и можно быть уверенным, что и в дальнейшем пациенты будут получать высококвалифицированную, качественную и своевременную медицинскую помощь.

Литература

1. Абакумов М.М. Объективная оценка тяжести травмы у пострадавших с сочетанными повреждениями / М.М.Абакумов, Н.В.Лебедев, В.И.Малярчук // Вестник хирургии им. Грекова. — Т.160. — 2001. — №6. — С. 42-46.
2. Багненко С.Ф. Временное протезирование артерий конечностей в остром периоде шокогенной травмы / С.Ф.Багненко, В.А.Киселев, И.Э.Боровский / Актуальные вопросы сочетанной шокогенной травмы и скорой помощи. — СПб., 2002. — С. 278-283.
3. Калмансон М.Л. Гипоксия и ее коррекция у больных с острыми отравлениями ядами нейротропного действия: Автореф. дисс. ... д.мед.н. / М.Л.Калмансон. — СПб., 2001. — 40 с.
4. Куршакова И.В. Типовые патологические процессы как патогенетическая основа формирования неврологических осложнений травматической болезни / И.В.Куршакова / Актуальные вопросы сочетанной шокогенной травмы и скорой помощи. — СПб., 2002. — С. 181-185.
5. Лапшин В.Я. Диагностика и коррекция дыхательных расстройств у пострадавших с механической шокогенной травмой, основанные на при-

- нципах системного подхода: Автореф. дисс. ... д.мед.н. / В.Я.Лапшин. — СПб., 2001. — 38 с.
6. Тарелкина М.Н. Диагностика интоксикации при тяжелой травме у пациентов в условиях искусственной вентиляции легких / М.Н.Тарелкина, Н.К.Разумова / Актуальные вопросы сочетанной шокогенной травмы и скорой помощи. — СПб., 2002.
 7. Bathe O.F. Gut is not a source of cytokines in a porcine model of endotoxemia / O.F.Bathe, B.Rudston-Brown, A.W.Chow, P.T.Phang // *Surgery*. — 2007. — Vol. 120 (3). — P. 522-533.
 8. Baue A.E. Systemic inflammatory response syndrome (SIRS), multiple organ dysfunction syndrome (MODS), multiple organ failure (MOF): are we winning the battle ? / A.E.Baue, R.Durham, E.Faist // *Shock*. — 2009. — Vol. 10 (2). — P. 79-89.
 9. Bauer M. The pathophysiology of sepsis. Current concepts / M.Bauer // *Anaesthesia*. — 2007. — Vol. 45 (4). — P. 312-322.
 10. Wu L. Pseudomonas aeruginosa expresses a lethal virulence determinant, the PA-I Lectin. Adhesin, in the intestinal tract of a stressed host. The role of epithelia cell contact and molecules of the quorum sensing signaling system / L.Wu, C.Holbrook, O.Zaborina [et al.] // *Ann.Surg.* — 2003. — Vol. 238. — P. 754-764.
 11. Dellinger R.P. Lung. Multiple organ failure: pathophysiology, prevention and therapy / R.P.Dellinger / Ed. by A.E.Baue, E.Faist, D.E.Fry., Springer-Verlag New York, 2000. — 697 p.