

УДК 355.52:007:331.872:616-082:616-001

Тактичні і організаційні прорахунки при наданні доспеціалізованої допомоги пацієнтам з торакотравмою

В.О. ШАПРИНСЬКИЙ, І.І. МІТЮК, В.Ф. КРИВЕЦЬКИЙ, М.А. ПОЛЯНЧУК, С.М. БОЖОК, В.І. ПОЛИЩУК,
Ю.О. УСАТЮК, О.І. ПРОЦИК, В.Т. ГОНЧАРЕНКО

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

TACTICAL AND ORGANIZATIONAL SHORTCOMINGS IN THE PROVISION OF PRESPECIALIZED CARE FOR PATIENTS WITH THORACIC INJURY

V.O. SHAPRYNSKY, I.I. MITYUK, V.F. KRYVETSKY, M.A. POLYANCHUK, S.M. BOZHOK, V.I. POLISHCHUK, YU.O. USATYUK, O.I. PROTSYK, V.T. HONCHARENKO

Vinnitsia National Medical University by M.I. Pyrohov, Vinnitsia Regional Clinical Hospital by M.I. Pyrohov

Проведений аналіз 185 хворих із пораненнями грудної клітки за 5 років. Встановлено, що майже у чверті хворих при наданні допомоги загальними хірургами спостерігаються діагностичні і тактичні прорахунки.

The analysis of 185 patients with thoracic injuries for 5 years has been carried out. It was revealed that almost in a quarter of patients are observed diagnostical and tactical shortcomings in the provision of general surgical care.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Протягом останніх років торакальна травма складає 12-15 % в загальній структурі травматизму, в 2/3 випадків супроводжується ураженням кількох органів та систем і є причиною смерті травмованих в 55-60 % випадків. За теперішньої організації охорони здоров'я в Україні значна частина пацієнтів із грудною та поєднаною травмою потрапляє в ургентні хірургічні відділення стаціонарів, і саме там проводиться первинний комплекс заходів, від якого залежить успіх лікування, а нерідко – життя потерпілого.

Матеріали і методи. За останні 5 років у клініці госпітальної хірургії лікувались 937 хворих із закритою травмою та 185 – з пораненнями грудної клітки. Близько 59 % потерпілих були переведені з хірургічних стаціонарів, решта поступали безпосередньо в спеціалізоване відділення. Майже у чверті випадків надання допомоги пацієнтам з торакотравмою загальним хірургом спостерігаються ті чи інші прорахунки.

Результати досліджень та їх обговорення. Хірургічні дефекти при лікуванні пацієнтів на доспеціалізованому етапі виникають переважно або

внаслідок надання допомоги з необґрунтованим відступом від існуючих правил, загальноприйнятих в теперішній час методів і техніки хірургічної і лікарської допомоги, або внаслідок відсутності встановлених алгоритмів і методів роботи з даним контингентом пацієнтів у конкретному хірургічному стаціонарі.

Не маючи на меті розробки універсальної класифікації вказаних помилок, ми розглядаємо їх в трьох площинах: 1) неадекватна оцінка тяжкості травми, характеру пошкоджень внутрішніх органів і викликаних ними ускладнень; 2) прорахунки при наданні невідкладної допомоги; 3) тактичні помилки при визначенні пріоритетів у веденні пацієнта і адекватного застосування тих чи інших лікувальних підходів.

Серед прорахунків першої групи на чільне місце слід поставити такі, що мають в своїй основі порушення стандартного об'єму та алгоритму обстеження пацієнта. Мається на увазі недооцінка клінічних даних, порушення методики рентгенодослідження або його невиконання, відмова від діагностичної пункції в показаних випадках тощо.

Ряд проблем може виникати при встановленні проникаючого характеру рани грудей, особливо у випадках, коли хірург неадекватно оцінює зміни на рентгенограмі, не використовує діагностичної

пункції, ґрунтується на результатах виключно інструментального сліпого зондування рани, нехтує спеціальними дослідженнями та адекватною візуальною і мануальною ревізією в умовах розширення рани під адекватним знеболенням. Варто наголосити, що нерідко виконання маніпуляцій (ревізія рани, дренивання плевральної порожнини тощо) без попередньої рентгенографії може спричинити певні непорозуміння і ставати приводом для юридичного переслідування хірурга.

При наданні допомоги потерпілим із торакальною і, особливо, торакоабдомінальною травмою, слід пам'ятати, що внутрішньопорожнинні ускладнення при первинному обстеженні можуть не мати значного вираження, зате здатні інтенсивно наростати в подальшому зі створенням загрозливих для життя ситуацій. Подібні небезпеки усуваються, з одного боку, застосуванням адекватних діагностичних методик у всіх випадках, а з іншого – чітко налагодженим клініко-лабораторним та рентгенологічним моніторингом змін у статусі потерпілого, контролем характеру плеврального та черевного вмісту.

Прорахунки, які допускаються при наданні невідкладної допомоги, можна поділити таким чином:

- неналежна терапія геморагічного шоку (затримка з відновленням ОЦК, неадекватний вибір інфузійних середовищ та об'єму інфузій, інтенсивне введення вазоконстрикторів до зупинки кровотечі тощо);

- неадекватна корекція газового синдрому (порушення техніки дренивання плевральної порожнини та монтування системи Бюлау, неправильне розкриття чи нерозкриття наростаючої емфіземи середостіння чи клітковинних просторів), а також прогресуючої дихальної недостатності (зволікання з переведенням на ШВЛ та використанням різних способів респіраторної підтримки, трахеотомією тощо);

- зволікання із відновленням каркасу грудної клітки при його істотних порушеннях;

- зволікання з пункцією перикарда при наростаючій тампонаді;

- ШВЛ при недіагностованому і недренованому пневмотораксі.

Тактичні помилки пріоритетного характеру виникають частіше у випадках поєданого пошкодження грудей і живота. Загальною тенденцією в таких ситуаціях є намагання загального хірурга першочергово вирішити завдання, пов'язані з інтраабдомінальними ускладненнями навіть у випадках, коли вони не домінують в патогенезі політравми. Їх появі сприяє поспішне зашивання рани грудної

стілки без повноцінного дослідження плевральної порожнини, невміння трактувати результати рентгенологічного та інструментального обстеження, гіперболізація самого факту проникного поранення живота без критичної оцінки тяжкості черевних та грудних ускладнень. Іншим прорахунком, можливим при торакоабдомінальній травмі, вважаємо намагання хірурга без достатнього досвіду втручань на діафрагмі будь-що усунути її розриви в ході виконаної лапаротомії, часто – з грубими технічними помилками.

Серед дефектів ведення травмованого пацієнта слід назвати пункційне ведення рецидивного пневмотораксу, тривале утримання плевральної порожнини на дренажі при відсутності аеростазу, неадекватне дренивання плевральної порожнини при наростаючій чи персистуючій підшкірній емфіземі, неналежний догляд за плевральними дренажами, пасивне ведення згорнутого гемотораксу, туге бинтування грудної клітки тощо.

Окремої уваги заслуговують 3 випадки посттравматичного медіастиніту, що виникали на фоні відкритого перелому груднини та інфікованої гематоми переднього середостіння (2), а також – вогнепального поранення з вкрай пізнім звертанням пацієнта. Їх виникненню в перших двох спостереженнях значною мірою сприяло нехтування головними принципами хірургії пошкоджень, тоді як адекватні заходи на спеціалізованому етапі (ВХО з полідрениванням середостіння та активним місцевим і системним веденням хворих) виявились успішними. В останньому випадку на фоні тяжких пізніх ускладнень (передній гнійний медіастиніт, гнійний панкардит, емпієма плеври, СПОН) настала смерть пацієнта.

Тактичні помилки зводяться до мінімуму за рахунок організації своєчасних консультацій хворих торакальними хірургами на місці (при цьому розуміється як аксіома, що кожна консультація повинна бути вичерпною і кваліфікованою, з виконанням повного спектра хірургічних втручань і маніпуляцій, залишенням чітких рекомендацій щодо подальшого ведення пацієнта та належним оформленням медичної документації), а також довірливого контакту районних спеціалістів з головним позаштатним торакальним хірургом, головним хірургом УОЗ, головою асоціації хірургів області. Слід окремо наголосити на деонтологічному аспекті трактування дій (хай і не зовсім правильних) загального хірурга з боку спеціаліста чи адміністратора.

Висновок. Зрозуміло, що представлена інформація не охоплює всіх труднощів і нестандартних

ситуацій, пов'язаних із наданням допомоги потерпілим із торакотравмою. Проте при розгляді хірургічних помилок, які допускаються в доволі типових ситуаціях, приходимо до думки, що у значному числі випадків в основі хірургічних помилок лежать особисті якості хірурга (нерішучість чи самовпевненість,

страх чи небажання проявити ініціативу, моральна чи фізична втома), рівень кваліфікації і відповідальності осіб усіх підрозділів і служб, що беруть участь в обслуговуванні потерпілого, а також – організаційні прорахунки та певні стереотипи, що склались в тому чи іншому стаціонарі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М., Комаров И.Б. Классификация сочетанных ранений груди и живота // Вестник хирургии. – 1985. – № 9. – С. 76-80.
2. Галимов О.В., Васильев А.Н. Сочетанное ранение сердца, легкого и толстой кишки // Клини. хир. – 1992. – № 4. – С. 66-67.
3. Колкин Я.Г., Колесник В.В., Терменжи А.И. Ранение сердца и других жизненно важных органов // Вестник хирургии. – 1991. – № 5-6. – С. 69-70.
4. Миняйло Н.Н., Бергина И.А. Проникающее сочетанное ранение груди и живота // Клини. хир. – 1993. – № 6. – С. 69-70.
5. Asensio J.A., Arroyo H., Veioz W. et al. Penetrating thoracoabdominal injuries: ongoing dilemma-which cavity and when? // Wld J. Surg. – 2002. – Vol. 26, № 5. – P. 539-543.
6. Kent A.I., Jeans P., Edwards J.R. et al. Ten year review of thoracic and abdominal penetrating trauma management // Aust. NZJ Surg. – 1993. – Vol. 63, №10. – P. 772-779.
7. Kulshrestha P., Iyer K.S., Das B. et al. Chest injuries: a clinical and autopsy profile // J. Trauma. – 1988. – Vol. 28, № 6. – P. 844-847.
8. Saadia R., Degiannis E., Levy R.D. Management of combined penetrating cardiac and abdominal trauma // Injury. – 1997. – Vol. 28, № 5-6. – P. 343-347.
9. Sirinek K.R., Page C.P., Root H.D. et al. Is exploratory celiotomy necessary for all patients with truncal stab wounds? // Arch. Surg. – 1990. – Vol. 125, № 7. – P. 844-848.