

УДК 616-001.1-08

Н.П. Мартыненко

КГП на ПХВ «Экибастузская городская больница», г. Экибастуз

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОЛИТРАВМОЙ**Резюме**

В статье рассмотрен алгоритм этапного лечения пациента с политравмой. В лечении пациентов с политравмой должно быть тесное сотрудничество между травматологическими центрами первого уровня и специализированными лечебными учреждениями, Damage control является ведущей концепцией в лечении пациентов с политравмой.

Ключевые слова: политравма, Damage control, нетранспортабельный больной.

Актуальность.

Научный интерес к проблеме политравмы растет в последние 20-30 лет в связи со значительным ростом травматизма [7, 8, 9]. По данным В.П. Охотского и соавт. (1997), летальность при изолированной травме составляет 1,5-2%, приполитравме - 28,6%. При тяжелых политравмах опорно-двигательного аппарата, груди, живота, а также при тяжелых черепно-мозговых травмах (ТЧМТ) летальность достигает 90-100% [10] (35).

Высокий процент смертности при политравме, как на догоспитальном этапе, так и в условиях стационаров (от 7% до 70%), а также неудовлетворительные функциональные исходы лечения – инвалидность достигает 12% – 50% [2, 3].

Современная структура оказания помощи пострадавшим с политравмой далека от совершенства. В настоящее время значительная доля пострадавших с политравмой получает медицинскую помощь не в специализированных травматологических центрах, а в обычных районных и муниципальных больницах, что существенно снижает ее качество [1, 4, 6].

Цель: поделиться практическим опытом успешного лечения политравмы с учетом концепции Damage control.

Материалы и методы

Проанализированы 22 случая политравмы, поступивших в отделение травматологии и ортопедии экибастузской городской больницы в течение 3-х лет, с 2011 по 2013 г. На клиническом примере продемонстрирован практический опыт успешного лечения политравмы с учетом концепции Damage control.

Результаты и обсуждение

Пациент Н., 27 лет, с политравмой. Травма автодорожная, в результате лобового столкновения автомобилей. Первая помощь была оказана в травматологическом центре 1-го уровня, в который он был доставлен через 3,5 часа после травмы. На момент поступления состояние пациента крайне тяжелое, АД 30/0 мм рт. ст., Нв - 116 г/л, ОАМ: гематурия, протеинурия. В отделении реанимации пациенту проводилась протившоковая терапия, первичная хирургическая обработка ран верхней и нижней губы, левого бедра, кистей. Пациент был осмотрен врачами бригады скорой помощи: состояние пациента тяжелое, обусловлено течением травматического шока, иммобилизация переломов положением, кожные покровы бледные, дыхание самостоятельное, АД - 115/80 мм рт. ст., Нв - 82 г/л. В течение 2 часов врачами бригады скорой помощи проводилась подготовка пациента к транспортировке, включающая в себя инфузионную, обезболивающую терапию. Проведена транспортировка паци-

ента на реанимобиле с наложением скелетного вытяжения и воротника «Филадельфия» в приемном отделении. Расстояние транспортировки составило 110 км, время 1 час 20 минут. Транспортировка осуществлялась с участием бригады скорой помощи в составе врачей реаниматолога и травматолога. В течение всего времени транспортировки пациенту проводилась массивная инфузионная терапия в объеме 2,6 литра. В приемном отделении пациент был осмотрен реаниматологом, травматологом, хирургом, нейрохирургом. На момент поступления состояние пациента тяжелое, обусловлено полученными травмами, течением травматического шока. Пациент в сознании, контакту доступен, заторможен, реагирует на болевые раздражители. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, умеренно влажные. АД - 95/60 мм рт. ст. Пациент обращает внимание на болезненность в левом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Нв-80 г/л, эритроциты - $2,92 \times 10^{12}/л$, общий белок 47,9 г/л.

При осмотре пациента имеются клинические признаки перелома правого бедра в дистальной трети, левого бедра в средней трети, перелома костей правой и левой голени, перелома костей таза, повреждения шейного отдела позвоночника, перелома нижней челюсти. После проведенной лучевой диагностики выявлены следующие повреждения: оскольчатый перелом средней и дистальной трети диафиза правой бедренной кости со смещением; поперечный перелом средней трети диафиза левой бедренной кости со смещением; перелом боковой массы крестца справа со смещением отломков - при проведении КТ таза; перелом обеих ветвей правой и левой лонных костей; оскольчатый перелом проксимального эпиметафиза большеберцовой кости левой голени со смещением; косой перелом проксимального метафиза малоберцовой кости со смещением; косой перелом средней трети большеберцовой кости правой голени; перелом остистого отростка С3 позвонка; перелом верхнего суставного отростка С4 позвонка; листез тела С3 позвонка. Лучевая диагностика заняла 40 минут.

Лечение пациента мы проводили с использованием принципа Damagecontrol. Учитывая тяжесть состояния пациента, коллегиально было принято решение провести неотложные операции: лапароскопию, фиксацию таза аппаратом внешней фиксации. Через 1 час после поступления пациент был взят в экстренную операционную. Пациенту проводилась лапароскопия, на которой было выявлено повреждение селезенки, внутрибрюшное кровотечение. Пациенту выполнили лапаротомию, спленэктомия, санацию. Челюстно-лицевым хирургом было выполнено шинирование нижней челюсти. С первых суток пациенту проводи-

лась эластичная компрессия нижних конечностей противоэмболическими чулками, пациент проконсультирован врачом-реабилитологом. После стабилизации состояния на 4 сутки бригадой нейрохирургов проведена операция: дискэтомия С2-С3 позвонков, передний межтеловой спондилодезэндификсатором из титана С2-С3 позвонков, фиксация пластиной. Далее пациенту проводилась стабилизация повреждений, менее опасных для жизни. После стабилизации состояния, на 15 сутки с момента поступления, продолжилась симптоматическая, инфузионная, трансфузионная, антиагрегантная, антикоагулянтная, антибактериальная терапия. На 17 сутки после поступления пациенту проведена операция: остеосинтез нижних конечностей. Проводилась активная реабилитация пациента. Пациент занимался дыхательной гимнастикой, ЛФК, направленной на разработку движений в суставах и укрепление мышц верхних и нижних конечностей.

Выводы

Практический опыт показал целесообразность сотрудничества между травматологическими центрами первого уровня и специализированными отделениями в лечении пациентов с политравмой. Damage control является ведущей концепцией в лечении пациентов с политравмой.

Литература:

1. Агаджанян В.В. Организационные проблемы оказания помощи пострадавшим с политравмами / В.В. Агаджанян // Политравма. - 2012. - N 1. - С. 5-9.
2. Кондрашов А.Н., Лоскутов А.Е., Жердев И.И. и др. Остеосинтез при множественных и сочетанных повреждениях // Збірник наукових праць із дуортпедів-травматологів України 12-14 вересня 2001, Донецьк, 2001. - С. 19-21.
3. Костюк А.Н., Гайко Г.В., Крись-Пугач А.П. и др. Тактика лікування потерпілих з переломами довгих кісток при поєднаній травмі та множинних переломах з використанням "Поліфункціональних стержневих зовнішніх фіксаторів" // Збірник наукових праць із дуортпедів-травматологів України 12-14 вересня 2001, Донецьк. - С.25-28.
4. Мальгинов С.В. Алгоритмы интенсивной терапии при длительной межстационарной транспортировке пострадавших с политравмой / С.В. Мальгинов, Н.И. Аржакова, С.В. Бессонов // Вестник травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова. - 2007. - N4. - С. 78-82.
5. Охотский В.П. Состояние и перспективы научных исследований по проблеме сочетанной травмы // Сб. науч. тр. «Оказание помощи при сочетанной травме» НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, ТЛ08, 1997, с.5-9.
6. Самохвалов И.М. Актуальные проблемы реаниматологической помощи пострадавшим с политравмой / И.М. Самохвалов, С.В. Гаврилин // Материалы Всероссийского конгресса анестезиологов и реаниматологов. - СПб., 2008. - С. 92-95.
7. Champion H.R. et al (J996) Improved predictions from A Severity Characterization Of Trauma (ASCOT) over TRISS: Results of independent evaluation. J Trauma. 40: 42-47.
8. Cullen DJ, Nemeskal AR, Zaslavsky AM Intermediate TISS: a new Therapeutic Intervention Scoring System for non-ICU patients. Crit Care Med 1994. -22:1406-1411.
9. Osier T. Rutledge R. et al. ICISS; An International Classification of Diseases-9 based Injury Severity Score. J Trauma. 1996 - 41:380-8.
10. Ridley S. Severity of illness scoring systems and performance appraisal. Anaesthesia - 1998-53:1185-1194.

Тұжырым

ПОЛИТРАВМАМЕН НАУҚАСТЫ ЕМДЕУДІҢ ПРАКТИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

Н.П. Мартыненко

КММ ШЖК «Экибастуз қалалық ауруханасы»

Мақалада политравмамен науқасты кезеңмен емдеудің алгоритмі қарастырылған. Политравмамен науқастарды емдеуде бірінші деңгейлі травматологиялық орталықтар және мамандандырылған емдеу мекемелерімен арасында тығыз байланыс болуы керек, Damagecontrol политравмамен науқастарды емдеуде жетекші концепция болып табылады.

Негізгі сөздер: политравма, Damagecontrol, тасымалдауға келмейтін науқас.

Summary

PRACTICAL EXPERIENCE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH POLYTRAUMA

N.P. Martynenko

City Hospital of Ekibastuz

The article describes the algorithm stage treatment of a patient with a polytrauma. In the treatment of patients with a polytrauma should be close collaboration between trauma centers and first-level specialized medical institutions, Damage control is the leading concept in the treatment of patients with a polytrauma.

Key words: polytrauma, Damage control, nontransportable patient.