

Деловые встречи

Опыт оказания помощи после ДТП и террористических актов

В таких форс-мажорных ситуациях требуется особый подход

Прошедшая недавно в Москве Международная научно-образовательная конференция TRAUMA 2013 «Модернизация помощи больным с тяжёлой сочетанной травмой» была приурочена сразу к двум юбилеям – 80-летию кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова и 10-летию кафедры травматологии, ортопедии Института повышения квалификации ФМБА России.

Целью конференции стало совершенствование оказания помощи пациентам с тяжёлой сочетанной травмой, в рамках которой обсуждались проблемы взаимодействия специалистов на разных этапах оказания помощи, а также вопросы лечения последствий таких повреждений, профилактики и лечения осложнений.

– Если мы хотим заниматься сочетанной травмой, то надо выезжать на место происшествия. Обычная «скорая» тут не поможет, – с этих слов начал академик РАМН **Сергей Багненко** свой доклад «Состояние и перспективы построения эффективной системы оказания помощи больным с сочетанной травмой в РФ». В нашей стране с 1957 г. появились первые «штурмовые» бригады во главе с реаниматологом и специалистом по шоковой терапии, а заодно определение «золотой час», необходимый для спасения жизни пострадавшего.

В США этой проблемой стали вплотную заниматься в начале 80-х, когда количество погибших на дорогах перевалило за 40 тыс. в год. Была построена система медицинских центров, с помощью которой и удалось существенно снизить летальность за счёт специализированного оказания травматолого-ортопедической помощи.

Как известно, более половины пострадавших погибает до приезда скорой помощи. Затем возникает две волны летальных исходов. На ранней стадии пациент не может пережить поражение органов и тяжёлой полиорганной недостаточности. На второй происходит тяжёлая бактериальная трансплантация, когда нарушаются все защитные барьеры и около 2 л бактериальной взвеси в организме попадает на очаги травм, приводя к инфекционным осложнениям.

Сочетанная травма, и в этом её особенность, – мультидисциплинарная проблема. 70% пострадавших имеют костную травму, но тем не менее сочетанная травма всегда требует мобильного под-



хода и определённых правил. От изолированной сочетанной травма отличается тем, что сопровождается периодом системной гипоперфузии с тяжелейшими метаболическими последствиями, которые проявляются в шоковый период непосредственно на головном мозге, лёгких и сердце. И это самое главное в патогенезе сочетанной травмы, сразу после которой в организме возникает резкое потребление кислорода, который начинает повреждать клеточные мембраны. Этот механизм митохондриальной дисфункции, который запускает нарастание полиорганной недостаточности, начинает свою «работу» в первые часы после травмы. Последняя наступает уже на 2-е сутки.

Раньше считалось, что врач должен не увеличивать количество хирургических вмешательств в 1-е сутки, чтобы не навредить пациенту. Сегодня необходимо соблюдать несколько условий: в самом начале восстановить объём циркулирующей крови – клиническим признаком будет восстановление диуреза. На сегодняшний день понятно, что это главное при тяжёлом шоке пострадавшего. Когда удалось снизить объём хирургических вмешательств, получить хорошую респираторную поддержку, хорошие обезболивающие, специалисты приблизились к восстановлению костных и основных морфологических структур, повреждение которых является следствием сочетанных травм. И восстановление должно происходить не в течение 48 ча-

сов, как считалось раньше, а в первые 12-24.

Что касается организации процесса медицинской помощи, она состоит из двух факторов – концентрация пострадавших не во всех стационарах, а только в определённых, где есть противошоковая операционная, специальная обученный персонал. И второе – использование специализированных бригад. Конечно, в нашей огромной стране с зачастую низкой плотностью населения везде такие бригады обеспечить невозможно. Но в крупных городах и муниципальных центрах они должны работать, и не только в режиме ожидания. Поскольку у них частота ошибок, по сравнению с обычной линейной бригадой, по всем показателям вдвое ниже – пациент попадает не туда, где ближе, а где есть круглосуточная противошоковая операционная, компьютерный томограф и специально обученный персонал.

В год в России в среднем от травм мы имеем 100 тяжёлых травматических шоков на 200 тыс. населения. А это примерно 2 случая в неделю на одну круглосуточную бригаду, плюс 2-3 случая средней тяжести – всё это удержит квалификацию врачей на хорошем уровне. Таким образом, реально необходим один травмоцентр первого уровня на 1 млн человек и травмоцентр второго уровня на 200 тыс. в зависимости от плотности населения конкретного региона. В задачу травмоцентров третьего уровня, которые концентрируются около основных трасс, входит оказание экстренной помощи (обеспечение золотого часа) и проведение эвакуации в клинику более высокого уровня. На сегодняшний день смертность от ДТП благодаря такой системе удалось снизить с 24 до 19-16 человек на 100 тыс. населения, что, даже по европейским показателям, совсем неплохо. Но, как говорится, вся работа ещё впереди.

Большой интерес собравшихся вызвал доклад профессора **Вадима Дубова** (РНИМУ им. Н.И.Пирогова) «Медицинская по-

мощь в чрезвычайных ситуациях мирного времени». Примерно 25% населения России проживает в зонах потенциальных вооружённых конфликтов и там, где возможны техногенные аварии или стихийные бедствия. При этом частота повреждённых опорно-двигательного аппарата достигает 60-70% от общего числа пострадавших, а доля открытых повреждений – 50%.

Оказание медицинской помощи в таких ситуациях требует особого подхода. Особенно что касается взрывов в закрытых помещениях, в частности в метро. В 2004 г. из-за применения террористом-смертником взрывчатки, начинённой болтами и гайками, произошла гибель 41 пассажира, 134 человека были ранены. По чистой случайности, во время этого взрыва между «Автозаводской» и «Павелецкой» в одном из соседних вагонов находился доктор из Всероссийского центра медицины катастроф «Защита», поэтому проблем по оказанию первой помощи и организации эвакуации почти не было.

Исследования показали, что летальность от взрыва в замкнутом пространстве значительно выше, чем, скажем, во время теракта у метро «Рижская» в 2004 г., когда погибло 10 человек. Повышается и тяжесть повреждений, растёт количество множественных ран. Растёт и необходимость в ранней хирургической помощи. В 2010 г. произошло сразу два взрыва на станциях «Лубянка» и «Парк культуры», где в общей сложности погибло 37 человек и 73 было ранено. Благодаря накопленному опыту паника была быстро локализована, все пострадавшие в течение 17 минут эвакуированы, 49 из них госпитализированы. 40 бригад «скорой» работали на «Лубянке», 30 – на «Парке культуры».

Что касается травм, вызванных терактами, здесь можно отметить достаточно необычные повреждения шеи, специфические травмы от предметов. Так, у одного пациента в грудной клетке застряли наручные часы, а в одном случае – даже перенос биологического материала (обломок кости смертницы попал в ногу пострадавшего). Благодаря слаженной работе

специализированных бригад ни один из пострадавших при последних взрывах не был потерян.

Особое внимание при таких травмах необходимо уделять личной гигиене пациентов, для совершенствования которой был изучен опыт оказания помощи во время спасательных экспедиций 90 пострадавших в Китае, Индонезии, Республике Южная Осетия и Гаити. Параллельно выяснилось, что основная проблема ЧС в мирное время – эвакуация. В Южной Осетии она была невозможна в течение 6 суток из-за зенитного обстрела. В Индонезии вертолёт слишком высоко поднялся над морем, из-за чего у пострадавших резко падало давление, возникло газообразование в желудке. А ведь операционная эвакуация сама по себе довольно проблематична, и это необходимо учитывать, особенно когда дело касается больших городов.

Основные травмы при ЧС – это травмы кисти, голени и стопы. Более 50% обратившихся за помощью имели повреждение тела, превышающие 400 см². Здесь было важно использование мобильного оборудования, например компактного переносного рентгеновского аппарата. Что касается гигиены, тщательное промывание ран, применение обезболивающих и своевременное удаление инородных тел позволило вдвое снизить нагноения. Здесь нелишне напомнить о необходимости снижения нагрузки на медперсонал во время ЧС – некоторым пациентам приходилось делать до 12 перевязок.

На конференции были рассмотрены также такие темы, как периперационные проблемы и осложнения, лечение повреждённых и их последствий, сочетанные повреждения таза, различные виды спортивных травм. Было проведено несколько мастер-классов.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

НА СНИМКЕ: выступает академик **Сергей Багненко**.

Конференции

Инсулиноterapia — вовремя!

На веб-конференции для врачей-эндокринологов

Согласно современным взглядам на развитие сахарного диабета 2-го типа, около 30% пациентов нуждаются в инсулинотерапии. Однако проведенный опрос эндокринологов показал, что на деле такое лечение получают всего около 20% пациентов, а в практике некоторых специалистов – не более 5-10%.

О причинах отказа пациентов от инсулинотерапии, о способах решения трудностей, возникающих у врачей в процессе работы с пациентами, которые, несмотря на инсулинотерапию, не достигают целевых показателей гликемического контроля, а также о тактике

назначения и интенсификации инсулинотерапии при сахарном диабете 2-го типа в соответствии с международными и национальными рекомендациями шёл разговор на веб-конференции для врачей-эндокринологов.

В конференции приняли участие ведущие научные сотрудники Института диабета Эндокринологического научного центра Минздрава России: заведующий отделением программным обучения и лечения доктор медицинских наук Александр Майоров, заведующий отделением диабетической стопы доктор медицинских наук Гагик Галстян, ведущий научный сотрудник отделения программного обучения и лечения кандидат меди-

цинских наук Ольга Мельникова. По словам А.Майорова, в российской практике, к сожалению, инсулинотерапия зачастую начинается тогда, когда речь идёт о достаточно выраженном уровне нарушения гликемического контроля.

– Если же переводить пациентов на терапию вовремя, можно добиться лучшего результата в лечении, – заметил он.

Предварительный опрос участников вебинара показал, что для терапии сахарного диабета 2-го типа в настоящий момент наиболее широко используется базальный инсулин. Количество врачей, у которых большая часть больных получает аналоги инсу-

лина, в России невелико. Около половины опрошенных эндокринологов сказали, что готовые смеси инсулина получают лишь 10% пациентов, и среди готовых смесей его аналоговые формы занимают менее 20%.

Между тем, по мнению Г.Галстяна, аналоговые смеси инсулина – это оптимальный вариант старта инсулинотерапии в лечении сахарного диабета 2-го типа. Этот вид терапии предоставляет максимальные возможности достижения контроля гликемии.

Однако инсулинотерапия при сахарном диабете 2-го типа, несмотря на свою эффективность, может встретить сопротивление

у самого пациента. Как показал опрос практикующих врачей-эндокринологов, наиболее частые причины отказа – страх зависимости от инсулина (75,5%) и недостаток знаний об инсулинотерапии (73,4%).

– Поэтому очень важно дать возможность каждому пациенту попробовать разные режимы инсулинотерапии, – подчеркнула О.Мельникова. – Больному необходимо понять, что ему даёт терапия, только тогда он сможет стать партнёром в обсуждении вопросов лечения со своим врачом. Доверить пациенту возможность принимать лично значимые решения – первый шаг к успешному сотрудничеству.

Предоставление полной и корректной информации о его заболевании и способах лечения, демонстрация положительных эффектов инсулинотерапии способствуют укреплению уверенности пациента в успехе лечения.

Елена ЛЬВОВА,

Москва.