

# ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ІЗ ПОЛІТРАВМОЮ

Трутяк І.Р., Дутка І.Ю., Трутяк Ю.І.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

Важливою причиною високої летальності та інвалідності при поєднаній травмі (ПТ) є те, що специфіка організації медичної допомоги при ПТ не виділяється із загальних принципів медичної допомоги при пошкодженнях взагалі. За даними аналітичного звіту «Проблеми регламентации действий на месте ДТП» в Росії тільки 20% летальних наслідків були пов'язані з отриманням травм, які не сумісні з життям, а 80% – із недосконалою організацією. Наше бачення розв'язання цієї проблеми у функціонуванні системи організації невідкладної допомоги травмованим на основі розуміння сучасної концепції патологічних процесів, які розвиваються в організмі при тяжкій ПТ, а саме концепції травматичної хвороби.

**Матеріал і методи.** Проаналізовано організацію надання невідкладної медичної допомоги 198 постраждалим із політравмою, 68,9% з яких були люди віком до 39 років. Пошкодження двох анатомо-функціональних областей було у 33,7%, трьох – у 42,4%, чотирьох – у 21,9% і п'яти – у 2,0%. 50,5% постраждалих – поступали у стані травматичного шоку III ступеня, а 8,2% – у термінальному стані. Питома вага пацієнтів із крововтратою понад 40% об'єму циркулюючої крові становила 58,7%. Завданням надання невідкладної допомоги на ранньому госпітальному етапі було визначення домінуючого пошкодження, реанімаційна корекція порушень життєво важливих функцій організму, визначення часу, черговості та обсягу хірургічних втручань, оцінка тяжкості пошкоджень і тяжкості функціональних порушень.

**Результати та обговорення.** Основним недоліком діагностичних заходів у постраждалих із політравмою вважаємо втрату якості діагностики через нераціональне використання високоінформаційних діагностичних методів у пацієнтів із стабільними показниками забезпечення життя і зайві витрати часу на переміщення по функціональних підрозділах постраждалих із пограничним та нестабільним станом. Для скорочення часу і підвищення якості діагностики обмежили збір анамнезу до запитань про механізм травми, локалізацію болю, часу з моменту травми і про надану допомогу. Клінічне обстеження проводили за загальноприйнятою методикою, рентгендіагностику – скринінговим методом: рентгенографія голови, грудей і таза. У постраждалих із нестабільним станом рентгенографію пошкоджених кінцівок відтермінували. Всіх постраждалих із політравмою і пограничним та нестабільним станом доставляли в операційну, де виконували плевральні пункції, діагностична точність яких становила 87,3% та діагностичний перитонеальний лаваж – діагностична точність 94,5%. Паралельно проводили протишоківі, діагностичні і невідкладні лікувальні заходи (час від поступлення і до операції становив до 20 хвилин). Після зупинки триваючої кровотечі хірургічні маніпуляції призупиняли – хірургічна пауза. Хірургічна пауза є необхідною для інтенсивної терапії, для вторинного детального обстеження, для повторної оцінки стану постраждалого з вибором подальшої хірургічної тактики – обсягу і послідовності операційних втручань. При переломах таза і стегна накладали апарат зовнішньої фіксації, а інші пошкоджені сегменти іммобілізували лонгетами. Залежно від зміни стану пацієнта операційне втручання після хірургічної паузи продовжували або застосовували II та III етапи технології «damage control». У травмованих із стабільними показниками забезпечення життя в діагностичну програму включали ультрасонографію, комп'ютерну томографію і лапароскопію, які дозволяли діагностувати не тільки пошкодження органів і структур, але і характер та тяжкість пошкоджень. У цих постраждалих хірургічні операції виконували у повному обсязі після всього комплексу необхідних діагностичних заходів.

**Висновок.** У постраждалих із політравмою скорочення часу діагностики, диференційний підхід до переміщення їх по функціональних підрозділах, диференційний

вибір обсягу хірургічних втручань та інтенсивної терапії залежно від тяжкості травми дозволили знизити загальну летальність серед даної категорії травмованих на 9,45%.

## **ORGANIZATIONAL AND TREATMENT TACTICS IN PATIENTS WITH POLYTRAUMA**

**I. R. Trutiak, I. Yu. Dutka, Yu. I. Trutiak**

### **Summary**

In patients with polytrauma the shortening of diagnostics time, differential approach to patients' appropriate functional department transportation, differential choice of surgical interventions and intensive care depending on severity of trauma allowed to decrease general lethality by 9,45%.

## **ОРГАНИЗАЦИОННО-ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОЛИТРАВМОЙ**

**И. Р. Трутяк, И. Ю. Дутка, Ю. И. Трутяк**

### **Резюме**

У пациентов с политравмой сокращение времени диагностики, дифференцированный подход к их перемещению по функциональных отделениях, дифференцированный выбор объема хирургических вмешательств и интенсивной терапии в зависимости от тяжести травмы позволило снизить общую летальность у этой категории травмированных на 9,45%.