



© И.М.САМОХВАЛОВ, В.А.РЕВА, 2014
УДК 616-001-089(063)(4)

Европейский конгресс по травме и неотложной хирургии

САМОХВАЛОВ И.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса
РЕВА В.А., кандидат медицинских наук, капитан медицинской службы (vreva@mail.ru)

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Во французском городе Лионе с 4 по 7 мая 2013 г. состоялся ежегодный Европейский международный конгресс, посвященный актуальным вопросам травмы и неотложной хирургии. В проведении этой конференции традиционно участвуют не только национальные комитеты по травме и неотложной хирургии большинства стран Европы (до сих пор в этом европейском сообществе нет представительства от России), но также ряд ассоциаций из Америки и Азии. По причине большого числа устных сообщений (270) и постерных докладов (153) научная программа была разделена на 35 сессий, проходивших в течение трех дней одновременно в семи конференц-залах самого большого конгресс-центра Лиона.

В научную программу конференции были включены 7 обучающих курсов.

1. Курс ATLS (расширенный курс оказания помощи при травме).
2. Курс для инструкторов ATLS.
3. Курс ATLS для среднего медицинского персонала и парамедиков.
4. Курс по ультразвуковой диагностике при травме.
5. Курс по сосудистой травме.
6. Курс по неотложной хирургии.
7. Курс по лечению пострадавших с политравмой.

От России было представлено 3 сообщения: А.Челноков (Екатеринбург) доложил об опыте интрамедуллярного остеосинтеза при перипротезных переломах бедренной кости, А.Колтович (Москва) объединил данные по лечению боевой травмы груди за последние

10 лет. Постерный доклад В.Ревы и соавт. (Санкт-Петербург) был посвящен лечению повреждений бедренной вены.

Курс по сосудистой травме проводили профессора Х.Асенцио (США) и К.Маррини (США). В качестве приглашенных докладчиков выступали еще два известных американских хирурга Р.Коимбра и А.Пейтцман. В течение 6-часового курса были освещены вопросы повреждений сосудов всех анатомических областей. А.Пейтцман продемонстрировал возможную тактику при повреждении позадипеченочного отдела нижней полой вены (методом выбора в случае кровотечения из этого труднодоступного отдела служит тампонада печени). В случае ее неэффективности, а также неэффективности приема Прингля (временное пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки) необходимо выполнить пережатие нижней полой вены выше места впадения печеночных вен путем полной мобилизации печени и выделения нижней полой вены под диафрагмой либо путем доступа в полость перикарда и наложения изогнутого зажима на внутривнутрикардиальный отдел нижней полой вены (атриокавальный и вено-венозный шунт, так же как и лапаротомия с переходом в срединную стернотомию, ныне не применяются). Перспективным является интраломинальное введение двойного баллона выше и ниже зоны повреждения нижней полой вены для временного блокирования кровотока.

Большинство участников высказывались о целесообразности и возможности применения эндоваскулярных технологий в лече-



нии сосудистой травмы. Ввиду их возрастающей актуальности в клинике К.Маррини (Нью-Йорк) в рамках двухгодичного курса подготовки специалистов по травме обязательно проводится полугодовой курс по эндоваскулярной хирургии. Особенно актуальны малоинвазивные методики для грудного отдела аорты, крупных артерий груди и таза. Перечень основных вмешательств включает ангиоэмболизацию, стентирование и имплантацию стент-графта.

Остальные презентации проходили в режиме 15-минутных программных докладов и 6-минутных сообщений об оригинальных исследованиях. Несколько докладов о лечении пациентов с острой мезентериальной ишемией осветили актуальность сосудистых и эндоваскулярных вмешательств для своевременного восстановления кровотока в ишемизированном участке кишки. После выполнения своевременной реконструкции выживаемость пациентов увеличивается более чем в 2–3 раза.

Одна из сессий конференции целиком была посвящена опыту французских медиков, полученному в ходе последних военных конфликтов. В обязательный арсенал средств оказания помощи на войне входят системы вакуумного дренирования ран (75% применяется при обширных дефектах мягких тканей, 25% – для временного закрытия брюшной полости), табельные временные сосудистые протезы, аппарат cell-saver, применяемый даже в лечебных учреждениях 2-го уровня из-за дефицита компонентов крови. Для борьбы с кровотечением используются транексамовая кислота и рекомбинантный активированный 7-й фактор. Модератор сессии **К.В.Шваб** (США) – один из создателей концепции многоэтапного хирургического лечения (Damage Control Surgery) – подвел десятилетние итоги ее применения в боевых условиях.

Серия докладов была посвящена применению в условиях мирного и военного времени тактики Damage Control Resuscitation. Проф. **Э.Мур** (США) сообщил о необходимости раннего введения компонентов крови при политравме. Д-р **К.Инаба** (США) предложил вместо известного соотношения компонентов раннего восполнения массивной кровопотери 1:1:1 (эритроцитарная взвесь:свежезамороженная плазма:тромбоконцентрат) использовать соотношение 1:1:2

как наиболее оптимальное и отвечающее потребностям свертывающей системы крови. Вопрос применения транексамовой кислоты при травме также не решен однозначно: неизвестна точная эффективная доза препарата, время после ранения, когда препарат действует наиболее эффективно, недостаточно изучены осложнения и побочные эффекты применения транексама при травме.

Две полных сессии были посвящены лечению пострадавших с тяжелой травмой таза. **А.Уилсон** (Великобритания) доложил о высокой частоте ошибок в наложении противошоковой тазовой повязки на догоспитальном этапе. В 30–50% случаев повязка накладывается слишком высоко и не обеспечивает достаточной компрессии. Наложённая в зоне больших бугров бедренных костей, она не должна закрывать доступ для внешней фиксации костей таза или наложения С-рамы. **И.Фавье** (Франция) сообщила о необходимости догоспитального выполнения УЗИ у пострадавших с травмой живота и таза, т. к. положительный или отрицательный результат исследования влияет на выбор стационара, куда будет доставлен пострадавший.

Доклад **П.Ромменс** (Германия) о тактике лечения нестабильных переломов костей таза вызвал длительную дискуссию в аудитории. Предложенный алгоритм включал противошоковую повязку на догоспитальном этапе, наложение С-рамы в шоковом зале, внешнюю фиксацию переломов костей таза в операционной и, в случае сохраняющейся нестабильности гемодинамики, выполнение внебрюшинной тампонады таза. Вопросы были связаны с отсутствием ангиоэмболизации в приведенном алгоритме. В соответствии с многочисленными исследованиями и рекомендациями, в США ангиография и эмболизация поврежденных артерий выполняется первично при нестабильной гемодинамике. **Т.Гаардер** (Новая Зеландия), одна из первых в Европе начавшая выполнять внебрюшинную тампонаду таза более 10 лет назад, сообщила, что, несмотря на малый удельный вес артериальных кровотечений среди всех пострадавших с травмами таза (10%), в 50–80% случаев нестабильная гемодинамика пациента обусловлена именно кровотечением из поврежденных артерий, и в этом случае ни один из перечисленных способов остановки кровотечения, кроме ангиоэмболизации, не является достаточно эффективным. **Э.Мур** (США)



подытоживая сессию, отметил взаимодополняемость всех вышеперечисленных методик и наличие показаний к выполнению того или иного вида гемостаза в зависимости от состояния пациента, КТ-картины и возможностей конкретного стационара.

Проблемами, с которыми пришлось столкнуться в ходе войны в Югославии 1999 г., поделился со слушателями **Д.Хречковски** (Хорватия). Помощь всем пострадавшим оказывалась в городских больницах, которые в начале войны были преобразованы в военные госпитали. Отсутствие достаточного количества воды, перебои в снабжении, проблемы с электричеством и связью, а также отсутствие какого-либо опыта лечения боевых ранений — все это существенно сказывалось на качестве оказания помощи в начальный период войны.

С.Стерджиопулос (Греция) подвел промежуточный итог влияния финансового кризиса на систему здравоохранения Греции. На фоне четырехкратного увеличения числа безработных отмечено повышение общего уровня смертности и заболеваемости, в т. ч. «забытыми» лихорадкой Западного Нила и малярией. Повысилась заболеваемость ВИЧ-инфекцией. Число медиков, работающих в бригадах скорой помощи, сократилось на 25%, а на срочные вызовы скорой помощи после начала кризиса перестали выезжать врачи.

Длительную дискуссию за круглым столом вызвал ряд сообщений о лечении раненых и пострадавших, поступивших в терминальном состоянии с остановкой дыхания и кровообращения. Выживаемость таких пациентов составляет 2–10%, при этом послеоперационный неврологический дефицит сохраняется у 96–98% из них. Лечебная тактика при поступлении такого пациента заключается в проведении сердечно-легочной реанимации по стандартному протоколу, устранении пневмоторакса, коррекции гиповолемии, искусственной вентиляции легких 100% кислородом. Подтвердить остановку сердечной деятельности можно с помощью УЗИ. **Э.Воильо** (Франция) предложил следующий алгоритм действий при остановке дыхания и кровообращения при травме: в случае неэффективности 2-минутной сердечно-легочной реанимации выполняется двусторонний торакоцентез, дренирование плевральных полостей в 5–6-м межреберье для устранения возможного напряженного пневмоторакса. Если спонтанного восстановления жизнедея-

тельности не наступает, то сразу выполняется поперечная билатеральная торакотомия с дальнейшим устранением тампонады или остановкой кровотечения. Такой доступ позволяет добиться хорошего обзора всех анатомических структур грудной клетки с целью своевременного устранения повреждений. Подобная тактика, по данным докладчика, позволяет увеличить выживаемость даже при закрытой травме до 10%.

А.Уилсон (Великобритания) доложил об опыте выполнения реанимационных торакотомий в машине скорой помощи. Показаниями к таким операциям являются проникающие ранения груди с остановкой кровообращения, а также неэффективность сердечно-легочной реанимации, продолжающейся менее 10 мин после остановки сердца. Выполняемая подготовленными специалистами, эта операция позволяет устранить тампонаду сердца, осуществить остановку продолжающегося кровотечения, провести прямой массаж сердца. Из 126 выполненных за 7 лет догоспитальных торакотомий выжило 10% пациентов, что свидетельствует о достаточной эффективности и целесообразности их выполнения по соответствующим показаниям.

В ходе многочисленных научных сессий особое внимание уделялось вопросам применения обучающих технологий, в т. ч. в военно-полевой хирургии. Так, **Д.Веллинг** (США) в сообщении, посвященном подготовке хирургов в его стране, особое внимание уделил раннему привлечению студентов к выполнению научных работ хирургической направленности, поощрению и премированию студентов, более тесному сотрудничеству молодых ученых и профессорско-преподавательского состава. В результате около 25% выпускников Военно-медицинского университета Бетезды (США) посвящают себя хирургии. Подготовка молодых хирургов осуществляется в течение 5-летней общей ординатуры по хирургии плюс еще один дополнительный год на изучение дополнительной специальности (военно-полевые хирурги проходят специализацию по хирургии поврежденных). Рабочая неделя включает 80 рабочих часов, большой акцент делается на эндоскопические и лапароскопические технологии. Контроль уровня знаний осуществляется посредством ежегодного тестирования и различных квалификационных экзаменов.



Далее в течение всей жизни, участвуя в научных конференциях, отвечая на вопросы к журнальным статьям, ежегодно набирая определенное количество баллов (Continuing Medical Education), хирург подтверждает свое непрерывное совершенствование в избранной специальности, а каждые 10 лет проходит переэкзаменовку.

Доктор **М.Бойер** (США) демонстрировал многочисленные современные обучающие технологии, в т. ч. для военно-полевой хирургии: манекены для выполнения различных манипуляций и операций при травмах, обучающие компьютерные игры. В качестве примера была продемонстрирована модель для выполнения фасциотомии голени, сконструированная после того, как по результатам войны в Ираке и Афганистане стало ясно, что 20% вмешательств выполняются неправильно.

Ф.Понс (Франция) доложил о методике подготовки военных хирургов в Высшей медицинской школе Лиона — единственном высшем военно-медицинском образовательном учреждении Франции. Во французской армии функционирует 9 военных госпиталей, в которых работают 45 травматологов-ортопедов, 45 полостных хирургов, 8 урологов, 10 сосудистых хирургов, постоянно совершенствуют свои навыки 50 ординаторов. В ходе обучения военных ординатор обязательно проходит ротацию в госпиталях Франции (по 6 месяцев), в т. ч. с освоением 3—4 других специальностей (сосудистая, торакальная хирургия, урология и др.). Ввиду малого количества пациентов с ранениями, поступающих в госпиталь Лиона, каждый военный хирург обязательно проходит 2-месячное прикомандирование к одному из действующих французских госпиталей 2-го или 3-го уровня, дислоцированных в зоне боевых действий (Афганистан, Иордания, Чад, Мали, Джибути, Сенегал).

В подготовке военных хирургов обязательно используются методики симуляционного моделирования, компьютерные игры, тренировки на трупах и живых тканях (свиньи). Дополнительный обучающий курс состоит из 5 модулей, каждый из которых (продолжительностью 3 дня) включает разбор клинических случаев, лекции, тренировки на симуляторах, манекенах, трупах. Обучаемый должен знать основы раневой баллистики, владеть теорией организации хирургической помощи в боевых условиях, обладать навы-

ками сортировки, применения тактики Damage Control Surgery. Спектр обязательных практических навыков для отработки достаточно широк: сокращенное УЗИ при травме, внешняя фиксация переломов костей конечностей и таза, фасциотомия, кожная пластика, временное протезирование и шов сосуда, трахеостомия и коникотомия, декомпрессионная трепанация черепа, стернотомия и торакотомия, лапаротомия с выполнением доступов к крупным сосудам, тампонада печени и таза, методики временного закрытия брюшной полости, стентирование мочеточника. Кроме того, проводятся курсы по рабочему слаживанию среди хирургов, готовящихся к выезду в зону боевых действий.

Традиционно проведение конференции совмещалось с выставкой современного медицинского оборудования и хирургического инструментария. Наибольший интерес вызвал стенд компании Sectra (Швеция), производящей плазменные touch-screen мониторы для обучения студентов и слушателей. На экран монитора выводится картинка реального КТ-исследования, которую можно изучать во всех проекциях, плоскостях и срезах с любым увеличением в любом возможном режиме просмотра. Компания Simulab (США) представила целую серию обучающих манекенов, предназначенных для выполнения многочисленных вмешательств: люмбальная пункция, торакоцентез, пункция перикарда, суставов, коникотомия, катетеризация различных сосудов и регионарная анестезия, в т. ч. под УЗИ-наведением. Различные полимерные материалы, имитирующие живые ткани, подходят для отработки навыков кожного, сосудистого и кишечного шва. На специальных симуляторах можно выполнять операцию удаления липомы, устранения паховой грыжи, холецистэктомии, фундопликацию, холецистоэнтероанастомоз.

Все этапы конференции проходили в режиме свободного общения и обмена мнениями. На церемонии ее закрытия вручены призы лучшим докладчикам, почетными членами Европейского общества травмы и неотложной хирургии были избраны профессор А.Фингерхат (Франция) и Э.Мур (США). Следующая юбилейная XV конференция будет совмещена со II мировым конгрессом травмы и пройдет в мае 2014 г. во Франкфурте-на-Майне, Германия.