

пертизе отдаленных результатов лечения травматолого-ортопедических больных; 2) диспансерное наблюдение за больными с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата; 3) задачи по созданию критериев оценки качества работы;

— научно-практической конференции детских ортопедов-травматологов России «Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии» (в мае 2000 г. в Старой Руссе). *Предполагаемые вопросы для обсуждения:* 1) организация ортопедо-травматологической помощи детям и подросткам в условиях обязательного медицинского страхования, использование стандартов диагностики и лечения и проблема оценки качества медицинской помощи; 2) новые технологии диагностики и лечения в травматологии и ортопедии; 3) комплексное восстановительное лечение и реабилитация детей и подростков с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата (амбулаторное и стационарное) в условиях реабилитационных центров, санаториев, в детских дошкольных учреждениях и школах-интернатах.

Отчет о IV Пленуме Ассоциации травматологов-ортопедов России и конференции «Диагностика и лечение политравм»

А.А. Пронский, Ю.С. Федоров (Ленинск-Кузнецкий)

Проблема политравмы все чаще становится предметом обсуждения на различных медицинских форумах и страницах специальных изданий. Тем не менее многие ее вопросы остаются нерешенными. Это диктует необходимость выделения приоритетных направлений, разработка которых поможет огромной армии практических врачей, постоянно сталкивающихся в своей деятельности с тяжелыми травмами.

Одно из таких направлений — более четкое определение и разграничение некоторых понятий. Прежде всего речь идет о таких понятиях, как «сочетанные», «множественные» повреждения, «политравма», которые употребляются во многих публикациях, но трактуются по-разному, что затрудняет анализ результатов лечения.

До сих пор не внедрены в широкую практику методы объективной оценки тяжести травмы на этапах лечения. Для этого предложено много методик, однако единого подхода не существует. Представляется целесообразным введение единых шкал оценки тяжести травмы и тяжести состояния пострадавшего, которые были бы одновременно простыми, точными и универсальными.

Следующий, возможно, наиболее важный момент — организационный. Многие авторы отмечают, что это общегосударственная проблема, в решении которой должны принимать участие исполнительные власти, дорожные службы, милиция и т.д. Говоря о медицинской стороне, необходимо выделить два раздела — догоспитальную помощь и помощь в стационаре. О значении догоспитального этапа свидетельствуют цифры летальности: до 80% умерших от дорожно-транспортных травм погибают именно на догоспитальном этапе. С одной стороны, это оп-

ределяется объективными причинами — тяжестью повреждений, удаленностью стационаров от мест происшествия, а с другой — несовершенством оказания помощи. Совершенствование медицинской помощи на догоспитальном этапе является самым реальным резервом снижения летальности больных с тяжелыми травмами.

Остается много нерешенных вопросов и в оказании помощи на госпитальном этапе. Так, не определена тактика лечения скелетной травмы, не установлены сроки, объем, очередность оперативных вмешательств, нет единого подхода к выбору метода остеосинтеза. Важной задачей является разработка и внедрение в широкую практику новых технологий диагностики и лечения тяжелых травм.

Далеко не всегда тяжелая травма оценивается с позиций закономерностей течения травматической болезни, не выработан единый подход к профилактике и лечению возможных осложнений травм. По-прежнему не решены вопросы подготовки медицинских кадров по оказанию помощи пострадавшим с политравмой.

Обсуждение этих проблем было положено в основу работы Всероссийской конференции «Диагностика и лечение политравм», которая состоялась 8–10 сентября 1999 г. на базе Государственного научно-клинического центра охраны здоровья шахтеров (г. Ленинск-Кузнецкий) в рамках IV Пленума Ассоциации травматологов-ортопедов России.

Пленум открыл президент ассоциации член-корр. РАМН Н.В. Корнилов. С основным докладом «Роль ассоциаций в развитии травматолого-ортопедической службы в свете приказа Минздрава РФ № 140 от 20.04.99» выступила проф. К.И. Шапиро. В первой части доклада были представлены основные показатели работы травматологической службы страны за 1998 г., полученные в результате анализа отчетов всех регионов. Вторая часть доклада была посвящена непосредственно приказу. Прокомментировав содержащиеся в нем некоторые новые положения, К.И. Шапиро подробно остановилась на роли региональных ассоциаций, на которые ложится большая нагрузка по совершенствованию травматологической службы. В настоящем приказе нет жестких нормативов, поэтому количество коек в стационарах и штаты должны быть определены индивидуально в каждом регионе в зависимости от уровня и структуры травматизма.

Основными разделами в работе конференции были:

- 1) эпидемиология и этиология политравм; 2) организация медицинской помощи при травмах; 3) патогенез травматической болезни; 4) диагностика травматических повреждений; 5) хирургическое лечение повреждений конечностей, таза, позвоночника; 6) лечение травматических повреждений внутренних органов; 7) травма центральной и периферической нервной системы; 8) профилактика, лечение осложнений и интенсивная терапия политравм; 9) реабилитация в травматологии и ортопедии.

При обсуждении вопросов терминологии большинство выступивших высказали мнение, что политравма — это самостоятельная нозологическая форма, которая, несмотря на ее вариабельность,

имеет общие законы развития. Обобщающим термином «политравма» следует обозначать совокупность двух или более повреждений, одно из которых либо сочетание которых несет непосредственную угрозу для жизни. Безусловно, «политравма» — это не диагноз, а понятие, которое является своего рода сигналом к настороженности и активным действиям медиков на всех этапах лечения. Единое понимание этого термина позволило бы травматологам «разговаривать на одном языке», более точно анализировать и оценивать результаты исследований. Что касается непосредственно формулировки диагноза, то здесь обязательно выделение доминирующего повреждения, лечение которого является приоритетным. В диагнозе также должны быть отражены и все остальные повреждения и осложнения.

Практически во всех докладах прозвучало, что лечение больных с данной тяжелой патологией должно проводиться в специализированных клиниках, оснащенных необходимым современным оборудованием и укомплектованных квалифицированными кадрами. В выступлениях, касавшихся догоспитальной помощи, затрагивалась не только медицинская, но и организационная сторона проблемы. Организация доставки пострадавших в специализированную клинику в разных регионах решается по-разному. Это зависит не только от сложившихся форм, но и от географических особенностей. В крупных городах целесообразна максимально быстрая доставка непосредственно в центры. В других населенных пунктах, исходя из концепции «золотого часа», разумнее использовать схему «клиника—клиника», т.е. доставлять пострадавших в отделения хирургического профиля, где должна быть оказана неотложная помощь, а затем переводить их в специализированный стационар. При наличии укомплектованных реанимобилей понятие «нетранспортабельность» значительно сузилось и время доставки существенно сокращается. Именно о такой форме организации, внедренной в Кузбассе, доложил проф. В.В. Агаджанян. Вызвали интерес сообщения о применении пневматического противошокового костюма «Каштан», который позволяет обеспечить временную остановку внутрибрюшных кровотечений, что дает возможность эффективно использовать его при транспортировке пострадавших.

Обсуждая вопрос о составе дежурной бригады и о том, кто должен ее возглавлять, участники конференции пришли к выводу, что обязательным является присутствие нейрохирурга, общего хирурга, травматолога, анестезиолога-реаниматолога. Остальных специалистов следует привлекать при необходимости. Координатором действий бригады должен быть врач, имеющий опыт оказания помощи больным с политравмой. Специальность его не имеет решающего значения.

Много внимания было уделено вопросам диагностики. Отмечено, что все большую роль играют современные информативные методы обследования, которые особенно важны для диагностики полостных повреждений и травм мозга. Применение УЗИ, эндоскопических методик, КТ-исследований должно стать обязательным во всех специализированных клиниках. Правильный и быстро установленный диагноз позво-

ляет разбить пациентов на наиболее типичные группы, определить пути внутрибольничного движения и очередность оказания помощи, что было отражено в докладах профессоров В.А. Соколова и С.В. Сергеева.

Констатируется, что в последнее время существенно возросла оперативная активность, особенно при лечении скелетной травмы. Нельзя сказать, что консервативные методы лечения переломов полностью утратили свое значение, однако ранний стабильный остеосинтез обладает рядом бесспорных преимуществ: снижает риск развития жировой эмболии, респираторного дистресс-синдрома, облегчает уход за больными, быстрее делает их мобильными. Отмечено, что в обязательном порядке в первые сутки должен быть произведен остеосинтез переломов бедра, таза и открытых переломов сегментов. Такая тактика объясняется тем, что именно повреждения таза и бедра вызывают наибольшую кровопотерю и наиболее опасны в плане развития эмболии и легочных осложнений, а открытые повреждения тают в себе риск гнойных осложнений. Безусловно, для реализации этой тактики необходимы качественное анестезиологическое обеспечение и возможность восполнения кровопотери. В ряде докладов было доказано, что наиболее перспективным направлением является применение интраоперационной аутогемотрансфузии с помощью сепараторов для сбора, отмывания и возврата крови. Использование таких аппаратов дает возможность выполнять оперативные вмешательства в полном объеме, позволяет проводить операции двумя бригадами хирургов одновременно.

Несколько секционных заседаний было посвящено вопросам остеосинтеза. Современное выглядели сообщения об экстренном однополюсном протезировании тазобедренного сустава при переломах шейки бедра у пожилых людей, которое позволяет значительно снизить летальность у этого контингента больных (проф. А.В. Войтович). Особое внимание было уделено переломам таза. В настоящее время признано, что фиксация нестабильных переломов таза является противошоковым мероприятием. В ряде докладов было показано, что к переломам таза нужно относиться еще и как к внутрисуставным повреждениям, т.е. осуществлять максимально точную репозицию, — это позволяет избежать в последующем нарушений статодинамической функции опорно-двигательной системы. При таком подходе следует применять и погружной, и чрескостный остеосинтез, ориентируясь как на тяжесть состояния пациента, так и на тяжесть повреждения таза.

Что касается остеосинтеза конечностей, то здесь, как было признано выступавшими, все существующие методы и способы имеют свои показания к применению и должны быть в арсенале травматологов.

При обсуждении вопросов лечения повреждений мозга, внутриполостных повреждений единственно отмечено, что именно они в абсолютном большинстве случаев (до 70%) являются доминирующими при политравме и что их лечение носит неотложный характер. Ряд докладов был посвящен применению при политравме эндоскопических методов (торакокопия, лапароскопия, нейроскопия), которые являются высокоинформативными, малоинвазивными и в ряде случаев позволяют обойтись

без обширных вмешательств. Именно за такими методами лечения будущее.

Большая роль в лечении больных с политравмой была отведена интенсивной терапии. К политравме следует подходить с позиции закономерностей течения травматической болезни, пусковым механизмом которой служит собственно травма. Отмечено, что основными причинами летальности больных с политравмой в стационаре в первые сутки являются кровопотеря и шок, а на более поздних этапах — полиорганная недостаточность и респираторные осложнения. Большинство сообщений было посвящено профилактике и лечению осложнений позднего периода, особенно респираторного дистресс-синдрома, который развивается практически во всех случаях сочетанной черепно-мозговой травмы. Перспективным направлением в решении этого вопроса является проведение искусственной вентиляции легких в положении больного лежа на животе, при котором снижается гидратация легочной ткани в дорсальных отделах легких.

И все же наибольший интерес вызвала проблема организации самой службы оказания помощи пострадавшим с политравмой. В настоящее время не вызывает сомнения, что больные с политравмой должны лечиться в специализированных стационарах. Однако до сих пор не определен статус таких клиник, нет критериев, ориентируясь на которые можно было бы создавать эти центры. Нам представляется, что в основу разработки таких критериев должны быть положены материальные факторы. Специализированные клиники должны быть оснащены современной диагностической аппаратурой, иметь достаточное количество расходных имплантатов для остеосинтеза, располагать хорошей базой для проведения эффективной реабилитации. Переключение потока тяжелых больных требует дополнительных материальных затрат, поэтому финансирование таких клиник должно быть приоритетным, возможно, за счет перераспределения средств местных органов здравоохранения. Улучшению качества лечения могло бы способствовать введение лицензирования стационаров на право оказания помощи больным с политравмой.

Необходимо разработать алгоритмы (протоколы) оказания помощи таким больным, о чем также говорится в приказе Минздрава РФ № 140. Однако в настоящее время, когда материальная база здравоохранения явно недостаточна и зачастую разорваны связи между клиниками, возможно, имеет смысл сначала разработать региональные протоколы, которые учитывали бы местные географические особенности, налаженные схемы транспортировки пострадавших, материальную базу. Обязательным, на наш взгляд, должно быть создание центров подготовки медицинских кадров по вопросам политравмы.

Конечно, вопросы организации и материального обеспечения во многом являются прерогативой органов управления здравоохранением, но и мнение непосредственных участников лечебного процесса должно быть учтено, поэтому эти вопросы могли бы стать предметом обсуждения на страницах медицинских журналов.

В результате обсуждения докладов, представленных на пленуме и конференции, был принят следующий итоговый документ:

1. Участники конференции считают, что:

— политравма является комплексной проблемой, в решении которой участвуют врачи многих специальностей — реаниматологи, анестезиологи, хирурги, травматологи-ортопеды, нейрохирурги и др.;

— наиболее рациональной системой организации медицинской помощи пострадавшим с политравмами в регионах (исключая областные центры и крупные города) является «клиника—клиника», т.е. оказание экстренной квалифицированной помощи по жизненным показаниям в ближайшем лечебно-профилактическом учреждении с последующей эвакуацией в специализированный центр в максимально короткие сроки;

— этапом, обеспечивающим специализированную помощь при политравме, должны стать многопрофильные лечебно-профилактические учреждения, оснащенные современным лечебно-диагностическим оборудованием и имеющие подготовленных специалистов. Некоторые из них могут выполнять функции территориальных центров.

2. Ходатайствуют перед Минздравом РФ о выделении в статистической отчетности сведений о политравме.

3. Поручают правлению Ассоциации:

— разработать и направить в Минздрав и Правительство РФ письмо о состоянии травматизма в стране и его медико-социальной значимости с рекомендациями по профилактике травм и их неблагоприятных последствий;

— разработать требования по лицензированию и аккредитации лечебно-профилактических учреждений и подразделений, оказывающих специализированную помощь при политравмах;

— разработать информационное письмо для больниц скорой медицинской помощи о принципах организации помощи и лечения больных с множественными и сочетанными травмами опорно-двигательного аппарата.

4. Рекомендуют директорам научно-исследовательских институтов травматологии и ортопедии и руководителям профильных кафедр медицинских вузов усилить и углубить научные исследования в области множественных и сочетанных травм опорно-двигательного аппарата по следующим приоритетным направлениям:

— механизмы развития травматической болезни и методы патогенетического лечения политравм;

— новые методы ранней диагностики повреждений, балльная система оценки тяжести травм;

— система организации экстренной медицинской помощи пострадавшим с различными повреждениями опорно-двигательного аппарата в зависимости от климато-географических, экономических и медико-социальных условий данной территории.

5. Рекомендуют учреждениям и кафедрам повышения квалификации травматологов-ортопедов включать в программу занятий циклы для врачей по диагностике и лечению политравм.

6. Рекомендуют организацию на договорных началах курсов для «парамедиков» по обучению правилам оказания помощи пострадавшим на догоспитальном этапе.