

Медицина

УДК: 617.58-001: 616.137.8/89-08

DOI: 10.52754/16947452_2022_2_53

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ
КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ**

Кутуев Жаныбек Акунович, преподаватель
jkutuyev1987@mail.ru

Ошский государственный университет
Ош, Кыргызстан

Аннотация. Актуальность проблемы состоит в том, что одним из главных звеном оказания помощи при сосудистых травмах является догоспитальная помощь. Изучены 165 историй болезни пострадавших с травмой сосудов, оперированных в сосудистом отделении Ошской межобластной объединенной клинической больницы (ОМОКБ) за 2009-2018 гг. Большинство пострадавших – 127 (77%) травму сосудов получили в бытовых условиях. Выяснено, что 96,4% пострадавших до прибытия медицинского работника или их доставки в медицинское учреждение никакой помощи не получали. Из всех пострадавших 162 (98,2%) больным произведены восстановительные операции на магистральных сосудах. Даны предложения организационно-тактического характера по улучшению результатов догоспитальной помощи пострадавшим.

Ключевые слова: Повреждения магистральных сосудов, сочетанные повреждения, политравма, травмоцентры, догоспитальный этап, поэтапное лечение, обучение медперсонала.

**КАН-ТАМЫР ЖАРАКАТТАРЫНА ООРУКАНАГА ЧЕЙИНКИ
ЖАРДАМ БЕРҮҮ**

Кутуев Жаныбек Акунович, окутуучу
jkutuyev1987@mail.ru

Ош мамлекеттик университети
Ош, Кыргызстан

Аннотация. Көйгөйдүн маанилүүлүгү кан-тамыр жаракаттарын дарылоонун негизи болгон жаракат алгандардын ооруканага түшкөнгө чейинки медициналык жардам алганында жатат. 2009-2018-жылдары Ош облустар аралык бириккен клиникалык ооруканасынын (ООАБКО) кан-тамыр хирургия бөлүмүндө ар-түрдүү кан-тамыр жаракаттары менен операция болуп, дарыланып чыккан 165 оорулуунун дартбаяндары талданып каралган. Жаракат алгандардын көпчүлүгү - 127 (77%) үй-тиричилиги учурунда жабыркашкан. Жаракат алгандардын дартбаяндарын талдаганда, алардын 96,4% медициналык кызматкерлер келгиче же ооруканага жеткиргенге чейин эч кандай алгылыктуу жардам алган эместиги белгиленген. Бардык жаракат алгандардын 162 (98,2%)на жараат алган күрөө кан-тамырларына ар-түрдүү хирургиялык операциялар жасалган. Ооруканага чейинки жардам берүү боюнча уюштуруу-тактикалык багыттагы бир-катар сунуштар берилген.

Негизги сөздөр: Күрөө кан-тамырлардын жаракаты, кошмо жаракаттар, политравма, травмоборборлор, ооруканага чейинки баскыч, көп баскычтуу дарылоо, медициналык кызматкрлерди окутуу.

ORGANIZATIONAL AND TACTICAL DECISIONS AND RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF BLOOD VESSEL INJURIES

Kutuev Zhanybek Akunovich, teather

jkutuyev1987@mail.ru

Osh State University

Osh, Kyrgyzstan

***Abstract:** The urgency of the problem lies in the fact that one of the main links in the provision of care for vascular injuries is prehospital care. 165 case histories of victims with vascular trauma operated in the vascular department of the Osh Interregional United Clinical Hospital (OIRUCH) for 2009-2018 were studied. Most of the victims - 127 (77%) received vascular injury in domestic conditions. It was found out that 96.4% of the victims did not receive any assistance before the arrival of a medical worker or their delivery to a medical institution. Of all the victims, 162 (98.2%) patients underwent reconstructive operations on the main vessels. Organizational and tactical proposals are given to improve the results of pre-hospital care for victims.*

***Keywords:** Injuries of the main vessels, combined injuries, polytrauma, trauma centers, pre-hospital stage, step-by-step treatment, training of medical staff.*

Введение

Большое значение в эффективности лечения травматических повреждений сосудов имеет догоспитальный этап оказания помощи пострадавшим. Догоспитальный этап - этап первой медицинской помощи, в первую очередь, временной остановки кровотечения, проведения противошоковых мероприятий. Дальнейшая основная задача этого этапа – госпитализация больного в многопрофильную клинику, где имеется отделение экстренной ангиохирургии [1-6, 9-12].

Догоспитальный этап оказания помощи является значительным резервом улучшения результатов лечения. При этом главное внимание обращается на основные мероприятия, проводимые на догоспитальном этапе: диагностика, остановка кровотечения, устранение острых нарушений дыхания и кровообращения, борьба с шоком и в т. ч. обезболивание, транспортная иммобилизация, инфузионная терапия [2-6, 9, 11].

Количество вводимых растворов при инфузионной терапии существенно не изменилось, однако достоверно и весьма значительно сократилось использование только коллоидных растворов [6].

В то же время считается, что стремление повысить уровень артериального давления до цифр близких к норме и чрезмерные действия,

направленные к окончательной остановке кровотечения на догоспитальном этапе только ухудшают показатели летальности [6].

В связи с первостепенной важностью догоспитального этапа оказания помощи при травмах, например, в Российской Федерации были разработаны и внедрены в практику «Протокол оказания скорой медицинской помощи пострадавшим с травматическим шоком на догоспитальном этапе» и «Протокол действий по оказанию медицинской помощи пострадавшим с травматическим шоком на догоспитальном этапе» [6].

Актуальность проблемы обусловлена еще и тем, что своевременное оказание первой помощи пострадавшим предупреждает ухудшение состояния организма в дальнейших этапах, что в значительной степени влияет на снижение летальности, инвалидности и сроков временной утраты трудоспособности пострадавших, существенно снижает расходы на их лечение и реабилитацию [2, 7, 10-12].

По данным НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, смертность от тяжелых повреждений распределяется следующим образом: 50% погибает в течение первых секунд и минут на месте происшествия, еще 30% - в первые два часа после травмы и 20% - в течение 5 суток после травмы [2-4, 10]. Из этого видно, что большинство пострадавших погибает на догоспитальном этапе оказания помощи. Половина пострадавших погибает, не дождавшись прибытия медработника, что обуславливает высокую значимость оказания первой помощи в первые минуты после травмы. В спасении их могут участвовать только люди, оказавшиеся на месте происшествия, которые, в основном, не имеют медицинского образования [5].

Многие авторы указывают на необходимости обучения населения в целом и медперсонала в частности актуальным проблемам политравм и материально-техническом оснащении травмосистем 2-3-го уровня, а также максимального приближения специализированной помощи пациентам и максимального сокращения этапов и сроков оказания всех видов хирургической помощи [1, 3-11].

В Российской Федерации упоминания о первой помощи есть во многих нормативных документах, как федеральных, так и региональных, как общих, так и ведомственных. Для обучения населения созданы различные учебные центры, разработаны и утверждены обучающие программы для лиц, не имеющих медицинского образования правилам оказания первой помощи. Существует много материалов в электронном виде, распространяемых посредством CD или через Интернет. Вопросы первой помощи периодически освещаются через средства массовой информации (периодическая печать, телевидение, радио). Правила оказания первой помощи включены в

программы обучения водителей, сотрудников УВД, работников топливно-энергетического комплекса, специалистов по охране труда, военнослужащих и др. [5, 10]. Однако данные статистики показывают, что оказание первой помощи на месте происшествия до прибытия медработника встречается значительно реже, чем можно было бы ожидать. Например, при ДТП сотрудниками автоинспекции первая помощь оказывается только лишь в 0,2 - 0,7% случаев, само- и взаимопомощь водителями автотранспорта в 7 – 8% случаев, в то же время как неотложная помощь требовалась не менее чем у 65% пострадавших [5].

В таком же состоянии находится оказание первой медицинской помощи в Кыргызской Республике.

Среди методов временной остановки кровотечения на догоспитальном этапе, наиболее безопасным является наложение давящей повязки или временное шунтирование, а среди методов защиты конечности при наложенном жгуте, наиболее надежна гипотермия [5, 13].

Некоторые авторы говорят, что на доспециализированном этапе оказания помощи, пострадавшим с повреждениями магистральных сосудов необходимы отказ от использования жгута и более ранняя первичная хирургическая обработка ран, не дожидаясь включения в операцию специалиста, а также обязательное применение антикоагулянтов [5, 11, 12].

Таким образом, высокий процент тактико-диагностических ошибок, на догоспитальном этапе (27,8-50,7%), обусловлен отсутствием широкой медицинской грамотности населения в отношении первой медицинской помощи, четкой клинической симптоматики заболевания, плохой осведомлённостью врачей о данной патологии, отсутствием настороженности, недооценкой и неумелой трактовкой симптомов заболевания, что приводит к несвоевременному распознаванию повреждения сосудов [3, 5, 6, 10]. В свою очередь, поздняя госпитализация является основной причиной неблагоприятных исходов хирургического лечения больных с повреждением сосудов. Догоспитальные диагностические и тактические ошибки, являясь основными причинами позднего обращения пострадавших, способствуют увеличению частоты первичной ампутации конечностей [2, 3, 5-7, 14].

Если в России и во многих странах СНГ жгут и давящая повязка остаются основными средствами остановки интенсивного наружного кровотечения при ранениях конечностей (ввиду недостаточной оснащённости более современными препаратами и устройствами), то в западных странах, несмотря на возможность применения большего арсенала средств, их применение тормозит продолжение дискуссии между

гражданскими и военными специалистами об алгоритме оказания догоспитальной помощи при массивном кровотечении из ран конечностей [1, 9]. В Вооруженных силах США особое значение в осуществлении временного гемостаза на поле боя придают турникету как «жизнеспасительному» способу остановки кровотечения [13].

В целом, успехи экстренной сосудистой хирургии во многом зависят от организационных форм обеспечения медицинской помощи пострадавших на всех ее этапах: догоспитальном, неспециализированном и специализированном. На последнем этапе необходимо четкое обеспечение возможности выполнения операции в любое время суток, круглосуточная работа всех клинических и диагностических служб [4-6, 9].

Цель работы. На основании анализа данных 165 больных с повреждениями магистральных сосудов разработать организационно-тактические решения по оптимизации догоспитальной помощи указанной категории пострадавших.

Материалы и методы исследования

Были проанализированы 165 историй болезни пострадавших с различными повреждениями сосудов, госпитализированных в сосудистое отделение Ошской межобластной объединенной клинической больницы (ОМОКБ) за 2009-2018 гг.

До поступления в ОМОКБ абсолютное большинство пострадавших - 159 (96,4%) до прибытия медицинского работника или доставки в медицинское учреждение никакой помощи не получали. Пострадавшим была оказана первая медицинская помощь в виде временной остановки кровотечения, первичной хирургической обработки (ПХО) ран, в редких случаях перевязаны и лигированы поврежденные сосуды, введены обезболивающие средства, после чего их немедленно отправляли в специализированные сосудистые отделения третичного звена здравоохранения.

При выяснении у пострадавших причин повреждений сосудов картина была такова: бытовая травма – у 127 (77%), производственная травма – у 7 (4,2%), уличная травма – у 5 (3,1%), травма, полученная в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) – у 8 (4,8%) пострадавших.

Из всех пострадавших 35 (21,2%) человек был в состоянии алкогольного опьянения, 6 (3,6%) пострадавших ранили себя с суицидальной целью. Из 18 (10,9%) криминальных ранений 4 (2,4%) были с огнестрельными и 14 (8,5%) ножевыми ранениями.

Большинство пострадавших – 123 человека (74,5%) доставлены в сосудистое отделение ОМОКБ до 6 ч. с момента получения травмы, 21

человек (12,7%) – до 12 ч., 7 пострадавших (4,3%) – до 24 ч., 14 человек (8,5%) – позже 24 ч.

Из всех 165 пострадавших, поступивших в сосудистое отделение ОМОКБ, 162 (98,2%) больных экстренно были оперированы с восстановлением сосудистого русла. Остальным 3 пострадавшим оперативное лечение не проводилось в связи с тем, что им по поводу ранений мелких ветвей сосудов в территориальных стационарах были произведены первичная хирургическая обработка ран и им повторные операции не понадобились.

В дальнейшем все больные были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Результаты и их обсуждения

При разборе догоспитальной помощи пострадавшим выяснилось, что большинство пострадавших – 159 человек (96,4%) на месте происшествия до прибытия медицинского работника или их доставки в медицинские учреждения никакой помощи не получали. Это говорит о неудовлетворительном состоянии готовности граждан и организаций к оказанию первой помощи. Большинство граждан не считает оказание первой помощи своей задачей. Основными причинами, по которым граждане не готовы оказывать первую помощь являются отсутствие знаний и практических навыков по оказанию первой помощи, боязнь навредить пострадавшему при оказании первой помощи, боязнь юридической ответственности, отсутствие средств для оказания первой помощи.

Своевременное оказание первой помощи позволит не допустить развитие опасных и смертельных осложнений и таким образом, снизит летальность, инвалидность, сроки временной утраты трудоспособности и финансовые затраты на лечение и реабилитацию пострадавших. Поэтому необходимо широкое обучение населения навыкам само- и взаимопомощи.

Следует учитывать, что диагностика травм сосудов почти всегда связана с экстренной ситуацией, в силу чего врачам скорой помощи часто не хватает времени для полного обследования больного. Ситуация усугубляется еще и тем, что скорая помощь часто доставляет пострадавших, в том числе и с сосудистой травмой, в ближайший дежурный хирургический или травматологический стационар, где нет специализированного сосудистого отделения. Закономерно, что поздняя диагностика приводила к поздней госпитализации больных.

Как подчеркивает Намазбеков Н.М. и соавт. (2007) при оказании медицинской помощи пострадавшим с травмой магистральных сосудов

большую роль играют: 1) своевременная диагностика повреждений кровеносных сосудов; 2) оказание правильной квалифицированной и специализированной помощи при повреждении сосудов; 3) определение тактики хирургического вмешательства; 4) послеоперационное лечение и профилактика тромбозов сосудов после травмы [8].

Выводы

Таким образом многое зависит от организационно-тактических положений при травме сосудов. Мы считаем, что необходимо организовать в стране широкое обучение населения, особенно милиционеров, водителей, педагогов, учеников, студентов и др., по вопросам само- и взаимопомощи при травматических повреждениях, в т.ч. травме сосудов, а также создать крупные центры политравмы в гг. Бишкек и Ош с оснащением их современным медицинским оборудованием и аппаратурой, высококвалифицированным медицинским персоналом.

Повреждения сосудов нередко встречаются при дорожно-транспортных происшествиях. Поэтому по пути основных автомобильных трасс страны необходимо организовать травматологические пункты с «прикреплением» к ним «узких» специалистов, в том числе ангиохирургов.

Необходимо систематически проводить обучение медперсонала по актуальным проблемам политравм в современных условиях, а также своевременно решить вопрос о материально-техническом обеспечении медицинских учреждений, оказывающих экстренную медицинскую помощь.

Литература:

1. Барташевич Б.И., Карлова И.Б. Кровоостанавливающий жгут - истины, которые не совсем истины (обзор литературы) // Врач скорой помощи. 2010. № 3. С. 62 - 70.
2. Белевитин А.Б. Особенности первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи при ведении автономных боевых действий в горно-пустынной местности (хирургические аспекты): Автореф. канд. мед. наук. СПб., 1996. - 25 с.
3. Гаджиев Н.А., Косенков А.Н. Организация лечения пострадавших с ранениями магистральных сосудов на этапах эвакуации // Хирургия – 2003. № 6. С. - 22-27.
4. Гончаров А.В., Самохвалов И.М., Суворов В.В., Маркевич В.Ю., Пичугин А.А., Петров А.Н. Проблемы этапного лечения, пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами в условиях региональной травмосистемы // Политравма. 2017. № 4. – С. 6-15.
5. Дежурный Л.И., Лысенко К.И., Батулин Д.И. Роль оказания первой помощи пострадавшим в предотвращении преждевременной смертности в России // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. Т. 18, № 2. С. 211-218.
6. Жигунов А.К. Хирургическое лечение больных с сочетанными сосудисто-костными повреждениями конечностей. Автореф. дис. докт. мед. наук. Нальчик, 2007. – 26 с.

7. Киселёв В.А., Мохов Е.М., Вардак А.М. Анализ ошибок диагностики и тактики хирургического лечения повреждений магистральных артерий конечностей. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2015. - № 8(4). – С. 325-334.
8. Намазбеков М.Н., Жумашева И.Б. Хирургическая тактика при повреждении магистральных сосудов // Хирургия Кыргызстана. 2007. - № 2. – С. 151-152.
9. Рева В.А. Обоснование системы временной остановки наружного кровотечения при ранениях магистральных сосудов конечностей на догоспитальном этапе. Дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2011. – 191 с.
10. Ревитшвили А.Ш., Федоров А.В., Сажин В.П., Оловянный В.Е. Состояние экстренной хирургической помощи в Российской Федерации. // Хирургия. – 2019. № 3. С. 88-97.
11. Feliciano D.V., Moore E.E., West M.A., Moore F.A., Davis J.W., Cocanour C.S. et al. Western Trauma Association critical decisions in trauma: evaluation and management of peripheral vascular injury, part II. // J. Trauma Acute Care Surg. 2013. – Vol. 75(3). - P. 391-397.
12. Harnarayan P., Islam S., Ramsingh C., Naraynsingh V. Pit Bull attack causing limb threatening vascular trauma - A case series. // Int. J. Surg. Case Rep. 2018. – Vol. 42. – P. 133-137.
13. Lakstein D., Blumenfeld A., Sokolov T., et al. Tourniquets for hemorrhage control on the battlefield: a 4-year accumulated experience // J. Trauma. 2003. Vol. 54, suppl. 5. - P. S221 - S225.
14. Palm K., Apodaca A., Spenser D., Costanzo G., Bailey J., Fortuna G., Blackburne L.H., Spott M.A., Eastridge B.J. Evaluation of military trauma system practices related to complications after injury // J. Trauma. 2012. – Vol. 73(6): (suppl. 5). P. 465-471.