

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА НАДАННЯ ДОПОМОГИ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ

УДК 617-001.17.083.98 (477.44)

ОРГАНІЗАЦІЯ І НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОБПЕЧЕНИМ ПРИ ГРУПОВИХ ТРАВМАХ В УМОВАХ ВІННИЦЬКОГО ОПІКОВОГО ВІДДІЛЕННЯ

Нагайчук В.І., Гунько П.М., Зеленько В.О., Присяжнюк М.Б., Поворозник А.М.

Кафедра загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Резюме: стаття присвячена організації надання спеціалізованої медичної допомоги обпеченим при групових травмах в умовах Вінницького опікового відділення. Зроблено висновок про доцільність медичного сортування та надання допомоги в повному обсязі в першу чергу потерпілим другої групи, прогноз яких відносно сумнівний, але є надія їх врятувати.

Ключові слова: організація, опіки, медичне сортування, групова травма, спеціалізована медична допомога.

Вступ. У складних сучасних соціально-економічних і політичних умовах виникає реальна загроза побутових, промислових, транспортних катастроф, терористичних актів. При цьому особливо зростає роль опіків, які є одним з найчастіших компонентів комбінованих масових травм [1].

Прикладом масової термічної травми на залізничному транспорті може служити вибух газової суміші в районі перегону Улу–Тулак–Аша [Башкирія, 1989], коли в результаті ушкодження трансмагістрального продуктопровода стався витік легких фракцій нафтопродуктів і створилась повітряно-газова хмара. При зустрічі двох потягів у цьому районі виник вибух, еквівалентна сила якого склала близько 10 кт., а температура досягла більше 1000°C [4]. Потужний вакуумний і тепловий ефекти знищили ліс на території 6 гектарів. Потерпіло більше 1300 пасажирів, у 98% яких виникли термічні опіки [2], які були переважно поширеними і супроводжувались розвитком тяжкого і вкрай тяжкого шоку, опіком дихальних шляхів, баротравмою, психічною травмою та отруєнням продуктами горіння [3].

Міжнародна практика показала, що при масових травмах формування служби медицини катастроф не завжди є готовими до надання екстренної допомоги в повному обсязі. Це пов'язано із застарілим технічним обладнанням, недостатньою підготовкою кадрів до роботи в екстремальних ситуаціях, відсутністю послідов-

ності в наданні невідкладної допомоги на етапах медичної евакуації, недооцінкою тяжкості стану потерпілих [5].

Мета дослідження. Покращення результатів спеціалізованого лікування обпечених при групових травмах шляхом впровадження розроблених нами організаційно-лікувальних заходів.

Матеріали та методи. Нами проаналізовано організацію надання допомоги та результати лікування 22 хворих з опіками, які постраждали в результаті вибуху в трьох маршрутках та поступили на лікування в опікове відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова. Перший вибух пролунав 11.09.02 р., другий – 06.05.03 р. і третій 20.05.03 р. З першої маршрутки поступила одна потерпіла, з другої маршрутки – сім потерпілих, з третьої – 14 потерпілих. Середній вік потерпілих був 33,9 років (від 9 до 56). Чоловіки – 27,3%, жінки – 72,7%. Дорослих – 90,9%, дітей – 9,1%. Опіки до 10% поверхні тіла отримало шість потерпілих, троє чоловіків і троє жінок: 11–20% – вісім потерпілих, двоє чоловіків і шість жінок в тому числі одна дитина: 21–30% – троє потерпілих, усі жінки: 31–40% – двоє потерпілих, один чоловік і одна жінка: 41% та більше – троє потерпілих, із них одна дитина, усі жіночої статі.

В процесі лікування за хворими велось клінічне спостереження, загальноприйняте лабораторне обстеження. Хворі отримували прийнятну у відділенні медикаментозну терапію.

Аналізували загальний стан хворих (сон, апетит, рухливість, больовий синдром), стан рани, доопераційний період, період перебування хворого на ліжку, кількість операцій на одного хворого, косметичні та функціональні результати.

Результати дослідження та їх обговорення. На випадок групових чи масових травм, нами був розроблений комплекс організаційно-лікувальних заходів, а саме:

- методика швидкого охолодження опікових ран;
- медичне сортування хворих з метою адекватного та своєчасного надання медичної допомоги;
- знеболюючі препарати (при показаннях – медикаментозний сон);
- рясне тепле питво;
- адекватна як за кількістю, так і за вмістом, інфузійно-трансфузійна терапія;
- біологічний метод лікування;
- раннє оперативне лікування (2–3 доба з моменту травми) з використанням біоактивованих ксенодермотрансплантатів, аутодермотрансплантатів чи їх комбінації;
- тісний взаємозв'язок опікового відділення з медичними закладами області та Київським опіковим центром;
- достатнє забезпечення хворих ксеношкірою, перев'язочним матеріалом, медикаментами, інфузійно-трансфузійними розчинами (пряма допомога адміністрації лікарні та управління охорони здоров'я).

При наданні допомоги потерпілим у відділенні були задіяні усі співробітники – від лікарів до молодших медичних сестер. Усім хворим було проведено швидке охолодження опікових ран з одномоментним введенням анальгетиків та наркотичних препаратів. Хворі з критичними та надкритичними опіками під час охолодження були заглиблені в медикаментозний сон, пунктовані підключичні вени, налагоджена інфузійна терапія. Через три години усі хворі знаходились у палатах, де їм було продовжено охолодження та протишокову терапію.

З перших годин травми фінансове забезпечення потерпілих взяли на себе адміністрація лікарні, управління охорони здоров'я та голова ОДА, що дало змогу забезпечити хворих в повному обсязі ксеношкірою, перев'язочним матеріалом, інфузійно-трансфузійними розчинами та медикаментами. Був викликаний консультант із Київського опікового центру. Четверо потерпілих санітарним авіатранспортом перевезено в Київський опіковий центр.

Чітка організація надання допомоги забезпеченням у відділенні дозволила нам з високою

ефективністю провести оперативне лікування хворих в періоді опікового шоку. Шістнадцяти потерпілим віком від 9 до 56 років проведено ранню некректомію в першу-четверту добу після травми з одномоментним закриттям ран біоактивованими ксенодермотрансплантатами. Двоє хворих (12,5%) з легкими опіками прооперовані в першу добу; троє (18,7%) хворих з опіками середньої тяжкості прооперовані на другу добу; десять (62,5%) хворих прооперовано на третю добу і один (6,3%) хворий прооперований на четверту добу після травми.

Загальний стан хворих після оперативного лікування значно покращився. У хворих з опіками до 20% поверхні тіла на другу-третю добу нормалізувались сон, апетит, рухливість. Болі в області ран не турбували. Температура тіла знижувалась до норми на 2–3–4 добу після операції. Рани знаходились під ксенодермотрансплантатами, не турбували хворих, що давало змогу їм повністю себе обслуговувати. До 26 доби з моменту травми рани повністю загоїлися.

У хворих з опіками 21% поверхні тіла та більше болі в області ран турбували помірно. Температура тіла знижувалась на 3–4 добу до субфебрильної. Рани знаходились під ксенодермотрансплантатами, які відходили на 14–21 добу з епітелізацією поверхневих ран та формуванням грануляцій на ділянках глибоких опіків. Глибокі опіки закривались аутодермотрансплантатами і до 41 доби хворі були виписані із стаціонару та направлені на санаторно-курортну реабілітацію в санаторій “Авангард”, м. Немирів.

Доопераційний період склав $2,0 + 0,43$. Середнє перебування хворих на ліжку $27,7 + 0,13$. Кількість операцій на 1 хворого $1,5 + 0,16$. Косметичні та функціональні результати задовільні. Із 22 хворих, двоє (9,1%) померли (одна хвора у Вінницькому опіковому відділенні і одна хвора у Київському опіковому центрі).

Першим і найважливішим прийомом, який дозволяє значно зменшити число незадовільних наслідків при групових та масових опіках є медичне сортування, яке проводилось при госпіталізації хворих в опікове відділення. Всі хворі були поділені на чотири групи, в залежності від тяжкості травми та її вірогідного наслідку.

До першої групи віднесли потерпілих з травмами явно не сумісними з життям та безнадійним прогнозом. Площа глибоких опіків перевищувала 40–60% поверхні тіла, а індекс тяжкості ураження (ІТУ) 130–180 од.

До другої групи віднесли потерпілих з травмами, прогноз яких відносно сумнівний, але була надія їх врятувати. Площа глибоких опіків не перевищувала 20–40% поверхні тіла, а ІТУ дорівнював 70–130 од.

В третю групу віднесли потерпілих з загальною площею опіків від 10 до 20% поверхні тіла. ІТУ дорівнював 30–70 од.

До четвертої групи віднесли потерпілих з площею опіків до 10% поверхні тіла. ІТУ до 30 од.

Згідно з умовами надзвичайних ситуацій при масових травмах хворим першої групи проводять тільки симптоматичну терапію (знеболюючі, седативні, снотворні). В першу чергу допомогу в повному обсязі надають хворим другої групи, оскільки це якраз та група потерпілих, яка буде визначати показники летальності в майбутньому, а їх величина залежить від адекватної терапії та швидкості її проведення після травми. Хворим третьої групи допомогу надають в другу чергу. В останню чергу обслуговують потерпілих четвертої групи, незважаючи на те, що вони, як правило, вимагають від персоналу негайної допомоги.

Враховуючи те, що потерпілі з місця травми поступали в опікове відділення, а кількість хворих була порівняно невеликою, допомога при госпіталізації надавалась в повному обсязі незалежно від тяжкості стану та прогнозу. Мета сортування полягає у призначенні адекватної

інфузійно-трансфузійної терапії, визначенні строків оперативного лікування та подачі достовірної інформації на різні рівні, в тому числі і засобам масової інформації.

Висновки.

1. Медичне сортування при групових та масових травмах з якнайшвидшим наданням допомоги за стандартними лікувальними схемами, знижує летальність в лікувальних закладах.

2. Раннє оперативне лікування обпечених з одномоментним використанням біоактивованих ксенодермотрансплантатів, аутодермотрансплантатів чи їх комбінації значно оптимізує тривалість лікування, покращує функціональні та косметичні результати.

3. В залежності від масштабів катастрофи і масовості санітарних втрат до надання допомоги доцільно залучати всі можливі сили та засоби системи охорони здоров'я не тільки тієї території, де трапилась катастрофа, але й інших регіонів країни, навіть іноземних держав.

4. Перспективним, на наш погляд, є удосконалення медичного сортування та обсягу медичної допомоги на етапах евакуації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Азолов В.В., Жегалов В.А., Дмитриев Г.И. Организация неотложной медицинской помощи при групповых и массовых ожогах // Нижегородский медицинский журнал Комбустиология (приложение). – 2004. – С. 29-30.
2. Газетов Б.П., Герасимова Л.И. и др. Особенности поражений в катастрофе на продуктопроводе в Башкирии // Всеросс. конф. 22-23 февр. 1990. – Тезисы докладов. – Уфа, 1990. – С. 21-23.
3. Болдин В.Г. Исходы лечения обожженных при массовом поступлении // Всеросс. конф. 22-23 февр. 1990: Тезисы докладов. – Уфа, 1990. – С. 11-13.
4. Карамова Л.Г., Турьянов Б.Ш. и др. Эколого-гигиеническая оценка последствий аварий на продуктопроводе в районе п. Улу-Телук Башкирской АССР на участке железной дороги Челябинск-Аша // Всеросс. конф. 22-23 февр. 1990: Тезисы докладов. – Уфа, 1990. – С. 92-93.
5. Хунафин С.Н., Власов А.Ф., Зинатуллин Р.М. и др. Подготовка врачей к оказанию неотложной помощи пострадавшим с термической травмой в экстремальных ситуациях // Нижегородский медицинский журнал Комбустиология (приложение). – 2004. – С. 57-58.

SUMMARY

ORGANIZATION AND RENDERING OF SPECIALIZED MEDICAL HELP TO BURNED PATIENTS WITH GROUP TRAUMA AT THE BURNS DEPARTMENT OF VINNYTSIA REGIONAL HOSPITAL

Nahaychuk V.I., Hunko P.M., Zelenko V.O., Prysiashnyuk M.B., Povoroznyk A.M.

The article is devoted to organization and giving of specialized medical aid for burned patients during group's traumas in Vinnitsa burns department. The conclusion was made about reasonable of medical grading and giving at first aid for patients of second group with concerning doubtful prognosis, but there is hope to save them.

Key words: organization, burns, medical grading, group's trauma, specialized medical aid.