

Тезисы докладов научно-практической конференции «Актуальные вопросы организации скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»

Abstracts of scientific and practical conference 'Topical issues organization of emergency, including emergency specialized medical care'

Экстренная и неотложная медицинская помощь при тяжелой сочетанной травме в крупном многопрофильном лечебном учреждении г. Москвы

Е. П. Родионов^{1,2}, А. В. Шабуни^{1,2}, Е. А. Евдокимов²,
Ю. В. Марченков¹

¹ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница имени С. П. Боткина» Департамента здравоохранения г. Москвы

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва

Ежегодно в мире вследствие тяжелых травматических повреждений погибают 5,8 млн человек, что составляет 9 % от всего количества смертей. В ближайшее десятилетие, по прогнозам, травматизм станет седьмой по значимости причиной смерти. Наиболее тяжелым контингентом пациентов с травматическими повреждениями являются пациенты с сочетанной травмой. Применение лечебно-диагностических протоколов на основе протокола ATLS направлено на выделение приоритетных задач на этапах оказания помощи. При оказании помощи пострадавшим на догоспитальном этапе и на этапе стационарного отделения скорой медицинской помощи многопрофильного стационара ведущее место занимает организация работы медицинского персонала, разработка и четкая реализация стандартов оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим.

В отделении общей реанимации ГКБ им. С. П. Боткина с 2015 по 2018 год была оказана помощь 3340 пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой. Среди этих пациентов общая летальность в 2015 году составила 23,7 %, а досуточная летальность достигала 9,7 %. В 2017 году в клинике был разработан протокол оказания помощи пациентам с травматическими повреждениями на основе протокола ATLS. Его основой были выполнение первоочередных задач и мультидисциплинарный подход при оказании специализированной помощи — жизнеспасующие хирургические вмешательства, выполнение всех диагностических мероприятий только по мере необходимости и срочности исследований. Концепция проведения интенсивной терапии у пациентов с тяжелой сочетанной травмой также подразумевает принцип damage control resuscitation — ограничение введения жидкости, раннее начало гемотрансфузии, коррекция коагулопатии и ацидоза, согревание пострадавших. К особенностям хирургической

тактики следует отнести разумное ограничение хирургической агрессии (damage control surgery) и многоэтапное оказание специализированной медицинской помощи. В 2018 году результатом использования протокола стало снижение общей летальности при тяжелой сочетанной травме на 5,1 %, досуточной летальности — на 4,3 %.

Применение мультидисциплинарного подхода при оказании помощи пациентам с тяжелой сочетанной травмой, разработка и использование стандартов оказания помощи, широкого внедрения концепций damage control resuscitation и damage control surgery позволило повысить эффективность проводимой терапии и снизить госпитальную летальность.

Респираторный менеджмент при тяжелой сочетанной травме

А. В. Власенко^{1,2}, А. Г. Корякин¹, Е. П. Родионов^{1,2},
Е. А. Евдокимов²

¹ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница имени С. П. Боткина» Департамента здравоохранения г. Москвы

²Кафедра анестезиологии и неотложной медицины ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва

Введение. Тяжелая сочетанная травма (ТСТ) характеризуется ростом частоты, высокой летальностью и инвалидизацией трудоспособного населения во всем мире, большими материальными затратами на лечение и реабилитацию, поэтому является актуальной медицинской и социальной проблемой. Одна из ведущих причин летальности при ТСТ — острая дыхательная недостаточность (ОДН) различного генеза, которая может развиваться на разных этапах интенсивной терапии (ИТ) вследствие асфиксии, аспирации, тупой травмы груди, контузии и отека легких, ОРДС, TRALI, пневмонии, сепсиса, полиорганной недостаточности и т. д. Поэтому своевременная диагностика и эффективная коррекция ОДН на всех этапах госпитализации могут улучшить результаты лечения пострадавших с ТСТ.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пострадавших с ТСТ путем применения инновационных методов профилактики, диагностики и комплексной терапии ОДН различного генеза на всех этапах госпитализации.

Материалы и методы. Выполнен проспективный анализ результатов лечения 174 пострадавших с ТСТ (126 мужчин, 48 женщин, возраст от 21 до 62 лет), которые в рандомизированном порядке были разделены на две группы. Пострадавшие группы А (n = 90; 62 мужчин, 28 женщин) были доставлены в стационар специализированными

бригадами скорой помощи не позднее 35 минут от момента дорожно-транспортного происшествия (ДТП), при необходимости с протекцией верхних дыхательных путей (ВДП), интубацией трахеи, иммобилизацией поврежденных конечностей, адекватными инфузионной терапией, обезболиванием, коррекцией гипотензии. В противошоковой палате и экстренной операционной у этой группы пострадавших обследование, противошоковые мероприятия и ИТ проводились строго в соответствии с протоколом ATLS. В отделениях реанимации (ОР) им проводили адекватную седоаналгезию, рестриктивную инфузионно-корректирующую терапию сбалансированными кристаллоидными и коллоидными препаратами и трансфузию компонентов крови с применением кровосберегающих технологий, дезэскалационную антибиотикотерапию, неинвазивную респираторную поддержку (РП), протективную искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) с использованием современных респираторных технологий и дыхательных тренажеров, комплексную противoinфекционную защиту легких, адекватный мониторинг. У пострадавших группы В (n = 84; 64 мужчины, 20 женщин) на догоспитальном и последующих этапах лечения проводились стандартные противошоковые мероприятия и ИТ. Исходные тяжесть состояния, преморбидный фон и степень повреждения легких у всех пострадавших значимо не отличались.

Результаты. У пострадавших в группе А использование на всех этапах госпитализации современных методов профилактики, диагностики и комплексного лечения ТСТ и ОДН позволило сократить частоту интубации трахеи в среднем на 17 %, продолжительность РП в среднем на 11 %, применение симпатомиметиков в среднем на 14 %, частоту развития инфекции ВДП и пневмонии в среднем на 21 %, время пребывания в ОР в среднем на 18 %, материальные затраты на лечение в среднем на 132 тыс. руб. на пациента, летальность в первые 48 часов в среднем на 19 %, летальность в ОР в среднем на 16 % по сравнению с использованием стандартных лечебно-диагностических мероприятий у пострадавших в группе В.

Заключение. У пострадавших с ТСТ применение на всех этапах госпитализации современных лечебно-диагностических протоколов ИТ ТСТ, а также инновационных методов профилактики развития, диагностики и комплексной терапии ОДН позволило значимо улучшить результаты лечения. Полученные данные научно обосновывают необходимость профилактики, своевременной диагностики и комплексного лечения ОДН у пострадавших с ТСТ от момента ДТП до перевода из ОР.

Тяжелая сочетанная травма: поддержание кровообращения

Н. А. Карпун, С. Н. Переходов, Е. А. Евдокимов,
В. В. Валетова, Н. И. Чаус

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница имени В. П. Демидова» Департамента здравоохранения г. Москвы
²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва

В настоящее время концепция поддержания кровообращения при тяжелой сочетанной травме претерпела существенные изменения (клинические рекомендации «Протокол реанимации и интенсивной терапии при острой массивной кровопотере», 2018; European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition, 2019).

Современная концепция инфузионной терапии при сочетанной травме подразумевает разумное ограничение объема и темпа введения инфузионных сред для поддержания целевого систолического давления до остановки кровотечения. То есть компенсацию объема циркулирующей крови как основное направление инфузионной терапии сменила рестриктивная тактика. Так, при превышении объема инфузионно-трансфузионной терапии объем кровопотери в четыре и более раза отношение шансов выжить или умереть снижается с 1,068 до 0,086 (LogRank 8,662; p = 0,003). В настоящее время инфузионная терапия направлена на поддержание систолического АД на уровне 80–90 мм рт. ст., среднего АД 50–60 мм рт. ст. до момента остановки кровотечения, исключая больных с черепно-мозговой травмой.

При критическом снижении АД и (или) неэффективности инфузии в течение 5–15 минут к терапии должны быть подключены вазопрессоры. Ранее гемодинамическую поддержку рекомендовали начинать с дофамина или адреналина. В настоящее время препаратом выбора считают норадреналин, при введении которого эффективно контролируется сосудистый тонус и реже наблюдаются угрожающие жизни желудочковые нарушения ритма. При миокардиальной дисфункции высокую эффективность показали негликозидные кардиотонические средства. Так, при введении левосимендана продолжительность инотропной поддержки в среднем снижается на 30 % (p = 0,001) по сравнению с адреналином или дофамином, при этом не наблюдается выраженного повышения общего периферического сосудистого сопротивления.

Наиболее значимым маркером состояния микроциркуляции и тканевого обмена является содержание лактата в крови. Значения этого показателя в пределах нормы реакции (не более 2,0–2,5 ммоль/л) указывают на высокую вероятность благоприятного исхода травмы (LogRank 11,906; p = 0,001).

Заключение. Современная концепция поддержания кровообращения при тяжелой сочетанной травме включает рестриктивную тактику инфузионной терапии, раннее назначение вазопрессоров и контроль содержания лактата крови как маркера сохранности микроциркуляции и тканевого обмена.

Для цитирования. Тезисы докладов научно-практической конференции «Актуальные вопросы организации скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» // Медицинский алфавит. Серия «Неотложная медицина и кардиология». — 2019. — Т. 2. — 31 (406). — С. 58–59