



**ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ ФЕДЕРАЦИИ
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ**

Геленджик, 17-19 мая 2015 г.



**XII Всероссийская научно-методическая
конференция с международным участием
“СТАНДАРТЫ И
ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ
В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ”**

МАТЕРИАЛЫ ДОКЛАДОВ

kubanesth.ru

Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, Москва
Кафедра анестезиологии и неотложной медицины РМАПО
НИИ Общей реаниматологии им. В.А. Неговского РАМН

**МЕДИЦИНСКАЯ ЭВАКУАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ
НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Братищев И.В., Евдокимов Е.А., Марченков Ю.В.,
Шабунин А. В., Родионов Е.П.

Геленджик - 2015

По данным ВОЗ:

1. травматизм занимает третье место в ряду причин общей смертности населения, а в группе лиц моложе 45 лет стойко занял первое место;
2. только при ДТП на дорогах мира каждые две минуты погибает один человек.

Необходимо учитывать, что:

в структуре пострадавших от ДТП в 80-85 % преобладают сочетанные и множественные травмы;

при ТСТ развивается синдром взаимного отягощения;

летальность, как на месте происшествия, так и в первые часы поступления в стационар достигает 80 %.

(Потапов В.И., Соколов В.А., Клопов Л.Г.)

Доминирующие повреждения при ТСТ

- ЧМТ – 72,2%
- Травма нижних конечн – 67,8%
- Травма живота – 43,9%
- Травма груди – 39,4%
- Травма верхних конечн – 32,1%
- Травма таза – 26,6%

**Для верификации и визуализации
повреждений головного мозга в протокол
обследования пострадавших включены:**

Краниография

Эхоэнцефалоскопия

Компьютерная томография

Магнитно-резонансная томография

ВИДЫ ТРАНСПОРТИРОВОК

- **Межгоспитальная:**
 - перевод в профильную клинику;
 - перевод организационный.
- **Внутригоспитальная:**
 - диагностические процедуры (КТ, МРТ);
 - лечебные процедуры (ОБ, радиология);
 - перевод в ОИТ и реанимации.

Приказом ФФОМС от 11.10.02 г. №48 предусмотрен классификатор нарушений в оказании медицинской помощи, которые служат поводом для обращения в суд за защитой:

2. Некачественное оказание медицинской помощи, повлекшее неблагоприятные последствия для застрахованного:

е) нарушение правил транспортировки пострадавшего или больного, приведшее к развитию острых осложнений, критического состояния здоровья, смерти;

**В ГКБ им. С.П. Боткина
выездной реанимационной бригадой
ежегодно осуществляется:**

- **Межгоспитальное** транспортирование
50 пациентов в критических состояниях.
- **Внутригоспитальное** транспортирование
более 5000 пациентов с нарушениями
витальных функций:
 - Диагностика – 54,5%;
 - Проф. АРО - 40%;
 - Лечебные процедуры - 5,5%.

Транспортировка пациента в критическом состоянии является потенциально дестабилизирующим фактором и риском развития вторичных, ятрогенных осложнений.

Научные исследования выявили:

- Изменения лечебной тактики после выполнения диагностических обследований отмечено у 29-39% пациентов;
- У 68 % пациентов в процессе транспортирования наблюдались серьезные изменения гемодинамики.

(Waydhas C. с сотр. 1995 г.)

Факторы риска транспортировки: ГИПОКСЕМИЯ

ГИПОТЕНЗИЯ

ГИПЕРТЕНЗИЯ

ГИПЕРКАПНИЯ

ГИПОКАПНИЯ

ГИПОТЕРМИЯ

На сегодня разработано и предложено
около 50 методик оценки тяжести
больных и пострадавших:

APACHE - 1, 2, 3

SAPS - 1, 2

TISS

TRISS

MODS

SOFA

ШКАЛА ОЦЕНКИ ВИТАЛЬНЫХ СИСТЕМ (ШОВС)

Витальные системы	Показатели системы	Компенсированное состояние		Субкомпенсированное состояние		Декомпенсированное состояние	
		Критерии	Балл	Критерии	Балл	Критерии	Балл
С.С.С.	Адср. (мм.рт.ст.)	90 – 130	0	50–89 / 131–160	1	<50 / >160	4
	ЧСС в минуту	60 – 120		40–59 / 121-160		<40 / >160	
	ЦВД мм.водн.ст.	60 – 120		0–59 / 121-140		Отр. / >140	
	Допмин мкг./кг./мин	-----		До 5		>5	
Д.С.	ЧДД в минуту	10 – 34	0	6-9 / 34-49	1	<5 / >50	4
	Fi O2 %	До 30		31-50		>50	
	ПДКВ см.водн.ст.	-----		До 5		>5	
	SpO2%	95 – 100		90 – 94		<90	
Ц.Н.С.	Баллы по ШКГ	13 – 15	0	9 - 12	1	<8	4

Параметры витальных систем

- SpO₂ > 95%
- EtCO₂ 35 mm.Hg
- АД сист > 120 mm.Hg
- АД ср. > 90 mm.Hg
- ВЧД < 20 mm.Hg
- ЦПД > 70 mm.Hg
- Т тела 36 С

(Ferdinande P. 2000г)



Респираторная поддержка:

Мешком АМВУ

Аппаратная ИВЛ - транспортными
респираторами

(Medumat, Oxylog 1000, 3000, Кокчетав)

Данные гемодинамического и лабораторного мониторинга при МБТ

	АД Ср.	ЧСС	SpO2	pHa	pO2a	pCO 2a	BEa
До трансп	98	96	98	7.45	110	33.8	0.57
После Трансп (АМБУ)	92	118	93	7.34	64	30.4	-1.8
После трансп (аппарат)	98	92	100	7.44	136	34	0.36

Портативное оснащение ВАРБ



Телемедицинское консультирование (ГКБ им. С.П. Боткина - ВЦР)



Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова и ГКБ №1 им Н. И. Пирогова, Москва

- Проанализировано 48 карт вызова пациента, транспортированных бригадой АиР, из них 17 транспортировка из операционной в ОРИТ;
- 44 пациента на ИВЛ;
- 25 пациентов с инотропной поддержкой;
- В процессе транспортирования все мероприятия интенсивной терапии и мониторинг витальных систем сохранялись в прежнем объеме;
- **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** *транспортировка реанимационных пациентов в условиях специализированной бригады, оснащенной необходимым оборудованием и подготовленным автомобилем, позволяет обеспечить адекватную и непрерывную ИТ больных с нарушениями витальных функций.*

(Сенчуков С.В. и соавт., 2010)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

в процессе МБТ целесообразно использовать:

1. Транспортные аппараты ИВЛ;
2. Транспортные мониторные комплексы;
3. Транспортные инфузоматы;
4. Специализированные транспортные бригады для транспортировки пациентов с нарушением витальных функций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Лечение пациентов с ТСТ является сложной междисциплинарной задачей с привлечением большого количества служб и специалистов в условиях крупного многопрофильного стационара.
- Координация до- и госпитального этапов оказания помощи пострадавшим с ТСТ, внедрение современных протоколов, использование концепции «Damage control» позволяют оптимизировать лечебный процесс.



РЕАНИМАЦИЯ

В 242 ЕХ 77

Спасибо за внимание