

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра хирургических болезней №2

{ Принципы организации оказания хирургической
помощи на догоспитальном этапе

Астана 2015

□ К острым хирургическим заболеваниям (ОХЗ) органов брюшной полости относят острые воспалительные заболевания, перфорации и разрывы органов живота, острую непроходимость полых органов, ущемленные грыжи (наружные и внутренние), заболевания органов брюшной полости вследствие развития их острой ишемии.

- Пациенты с ОХЗ, госпитализированные по экстренным показаниям, составляют около 2/3 всех больных хирургических отделений стационаров, при этом большая часть из них доставляется бригадами скорой медицинской помощи (СМП). Особенностью ОХЗ при всем различии причин их возникновения и патогенетических механизмов является то, что все они представляют непосредственную угрозу для жизни больного и не только вследствие деструкции того или иного внутреннего органа или развития перитонита, лечение которых возможно лишь в условиях хирургического стационара и, естественно, не входит в задачи догоспитальной помощи. Динамика ОХЗ во многих случаях приводит к развивающемуся в течение очень короткого времени фатальному нарушению жизненно важных функций организма; при этом появляются четкие показания для проведения экстренной операции, что уменьшает на догоспитальном этапе потребность в точном топическом диагнозе.

- Таким образом, в задачи врачей, оказывающих медицинскую помощь при ОХЗ на догоспитальном этапе, входит не столько точная диагностика заболевания, сколько проведение следующих мероприятий:
- оценка симптомов заболевания и квалификации пациента как больного с ОХЗ органов брюшной полости;
- выявление и оценка угрожающих жизни клинических синдромов;
- профессиональное поддержание жизнедеятельности организма больного в течение всего времени, необходимого для транспортировки пациента в стационар;
- как можно более спешная и целенаправленная транспортировка пациента в стационар.

- Известно, что от того, сколько времени прошло от момента начала заболевания до поступления больного в стационар, напрямую зависят количество осложнений и летальность при ОХЗ: летальность среди больных, госпитализированных спустя 24 часа от начала заболевания, более чем в два раза превышает таковую при оказании стационарной помощи в течение первых суток от начала заболевания. Сложности транспортировки также влияют на исход заболевания, тем более что условия оказания СМП больным с ОХЗ неодинаковы в городах с различной численностью населения и в сельской местности и существенно зависят от специфики региона: его географических и социальных особенностей, оснащенности и расположения станций СМП и больниц, развития дорожной системы и множества других факторов. Тем не менее помимо объективных причин поздней госпитализации больных на исход ОХЗ напрямую влияют такие факторы, как несвоевременное обращение за медицинской помощью и неадекватная диагностика в дебюте заболевания. Так, по данным разных авторов, поздняя госпитализация отмечается в 37-85% случаев, а врачебные ошибки на догоспитальном этапе регистрируются в 31-81% случаев ОХЗ.

- Таким образом, способность врача СМП профессионально диагностировать ОХЗ и принять дальнейшие решения в точном соответствии с реальной клинической ситуацией и в интересах больного является одним из наиболее важных и доступных путей оптимизации оказания догоспитальной помощи при острой патологии органов брюшной полости. Выгоды внедрения в практику СМП жесткого алгоритма помощи при ОХЗ очевидны: уменьшение летальности и осложнений при ОХЗ, а следовательно, сокращение сроков пребывания в стационаре, уменьшение инвалидизации и сохранение общего здоровья пациентов.

- Основные симптомы, характерные для ОХЗ органов брюшной полости, как правило, появляются в течение первых 24 часов от начала заболевания. Наиболее часто развиваются:
- острая боль в брюшной полости;
- тошнота и рвота;
- диарея;
- желтуха;
- кровотечение;
- общие синдромы: коллапс, интоксикация, дегидратация, лихорадка.

- При ориентировочном действии врач, оказывающий помощь, прежде всего должен выяснить, жив или мертв пострадавший. Это определяют по дыханию, пульсу, сердечным сокращениям, тону мышц, состоянию зрачков, роговичному рефлексу и реакции зрачков. Затем выявляют, чем обусловлено тяжелое состояние пострадавшего, повреждением какой области (черепа, груди, живота, таза и т. д.), и в соответствии с установленным предварительным диагнозом оказывают помощь.
- Судьба больного во многом зависит от быстроты и эффективности оказания первой медицинской помощи.

- **Больному с политравмой, оказывая первую медицинскую помощь, нужно:**
- —прекратить дальнейшее действие травмирующих факторов и вынести пострадавшего с места происшествия;
- —остановить кровотечение;
- —на раны положить стерильные повязки;
- —произвести транспортную иммобилизацию;
- —ввести анальгетики (при отсутствии противопоказаний);-
- —провести медикаментозную терапию;
- —очистить полость рта от крови, слизи, остатков пищи, земли, съемные протезы вынуть;
- —при необходимости своевременно произвести искусственное дыхание типа рот в рот или рот в нос ручными аппаратами, дыхательными аппаратами после интубации больного;
- —при показаниях наложить трахеостому;
- —при необходимости произвести непрямой массаж сердца, введение лекарственных веществ в сердце.

- После выполнения этих мероприятий необходима бережная транспортировка в специализированные больницы.
- Порядок проведения лечебно-реанимационных мероприятий в дальнейшем диктуется общим состоянием пострадавшего. Своевременная и эффективная первая медицинская помощь позволяет доставлять в больницу пострадавших с политравмами с удовлетворительными показателями дыхания и кровообращения. При оказании помощи желательно установить обстоятельства, при которых произошла травма.

- Таким образом, **тактика оказания врачебной помощи пострадавшим этой категории на догоспитальном этапе должна включать в себя:**
- —выявление угрожающих жизни нарушений дыхания и кровообращения и их быстрого устранения;
- —проведение экстренных реанимационных мероприятий при острых расстройствах основных жизненно важных функций организма;
- —ориентировочная диагностика повреждений с выявлением доминирующего повреждения, непосредственно угрожающего жизни;
- —проведение новокаиновых блокад, транспортной иммобилизации, временной остановки кровотечения, наложение асептических повязок;
- —переливание кровезаменителей (полиглюкин) в пути к больнице; введение наркотиков, ингаляции закисью азота с кислородом на период транспортировки. С назначением наркотиков нужно быть осторожным. Их нельзя применять даже при малейшем подозрении травмы внутренних органов, особенно живота и при черепно-мозговой травме.