

А.С. КУЛЬМУХАМЕТОВ, Т.К. МУХАНОВ, Н.А. СУЛЕЙМАНКУЛОВ, Ж.С.ЖАНАЙДАРОВ
Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра нейрохирургии

ОРГАНИЗАЦИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСТРАДАВШИМ С ПОЛИТРАВМОЙ

В статье рассматриваются вопросы организации квалифицированной и специализированной помощи на госпитальном этапе пострадавшим с политравмой

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, политрама, квалифицированная медицинская помощь, специализированная медицинская помощь

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последнее время в медицинской деятельности наблюдаются значительные изменения, касающиеся, прежде всего, организационно-правовых и экономических аспектов. Такие понятия как лицензирование, аккредитация, стандарты лечения, качество медицинской помощи, высокие технологии, дорогостоящие методы лечения – прочно вошли в повседневную практику организаторов здравоохранения. Эти изменения иногда столь радикальны, что требуют переоценки многих, устоявшихся десятилетиями, медицинских понятий. Часто это обусловлено, необходимостью давать четкую характеристику большим группам больных со схожей патологией, требующих особых условий оказания помощи, применения дорогостоящих методов лечения, а также - больших финансовых затрат. К такой категории больных, безусловно, относятся пострадавшие с политравмой. Число различных травм ежегодно возрастает по таким причинам, как рост населения, урбанизация, увеличение количества автотранспорта и пр. (Зотов Ю.В. с соавт., 1996; Kraus J.F. et al., 1986; Max W. et al., 1991 и др.). При этом дорожно-транспортный травматизм, в последнее время стал предметом обсуждения на правительственном уровне. Это связано, прежде всего, с высокой смертностью и инвалидизацией, а также молодым, трудоспособным возрастом пострадавших. Нерешенные медицинские и социальные аспекты этой патологии обуславливают актуальность проблемы.

Согласно современным представлениям, понятие «политравма» включает в себя следующие признаки (Гуманенко Е. К., 2006):

1. Тяжелые или крайне тяжелые повреждения организма, наступившие в результате множественной травмы.
 2. Тяжелое, крайне тяжелое или критическое состояние пострадавшего, сопровождающееся нарушением жизненно важных функций организма в виде травматического шока, травматической комы, острой дыхательной или сердечно-сосудистой недостаточности, а также – терминального состояния.
 3. Необходимость немедленного выполнения реанимационных мероприятий и различных хирургических вмешательств.
- Подобные особенности диктуют необходимость особого отношения к данной категории больных, создания четкой схемы, а так же - специализированных условий оказания помощи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Анализ основных организационных аспектов оказания помощи больным с политравмой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Материалом исследования являлись истории болезни 1800 пострадавших с сочетанной травмой в возрасте от 17 до 72 лет, находившихся на лечении в ГКБ № 7 г. Алматы в 2006-2007 г. Определялась структура оказания помощи, оценивались объем и качество диагностических и лечебных мероприятий. Проводили анализ летальности пострадавших в зависимости от степени тяжести и характера травматических повреждений.

В основе оказания помощи больным в настоящем исследовании лежала концепция травматической болезни, в динамике которой выделяют 4 периода (Гуманенко Е. К., 2006):

1. Период острых нарушений жизненно важных функций организма. Начинается непосредственно с момента травмы и длится 12 часов;
2. Период относительной стабилизации жизненно-важных функций организма. Длится 12 – 72 часа после травмы и соответствует этапу интенсивной терапии;
3. Период максимальной вероятности развития осложнений начинается с 72 часов после травмы, когда максимально выражена органная дисфункция и продолжается до 6 – 7 суток, когда наиболее вероятно развитие инфекционных осложнений.
4. Период полной стабилизации жизненно важных функций. Он не имеет временных границ. Его начало соответствует компенсации состояния больного и определяет начало процесса реабилитации.

Эта концепция лежит в основе системы оказания помощи при политравме, используемой в крупнейших клиниках постсоветского пространства (Российская Военно-медицинская академия, НИИ Скорой медицинской помощи им. Н.В. Склифосовского, НИИ травматологии им. Ш.И. Джанелидзе и т.д.) и применяется в 7 ГКБ г. Алматы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. При анализе причин сочетанной травмы было установлено, что наиболее частым ее компонентом является черепно-мозговая травма – 92,5 % (Рисунок 1).

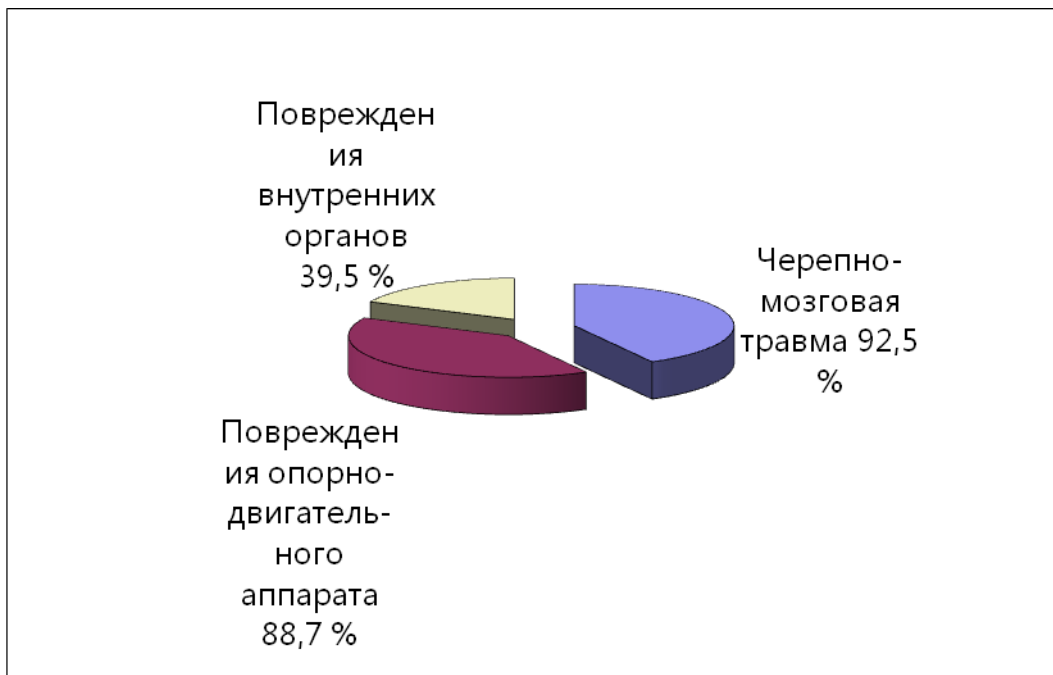


Рисунок 1 - Компоненты сочетанной травмы

Вторым по частоте компонентом, ожидаемо оказались повреждения опорно-двигательного аппарата – 88,7 %. Повреждения внутренних органов составили 39,5 %. При оказании помощи этой группе больных неизбежно возникает вопрос о доминировании повреждения, что нередко может является спорным моментом. При выполнении анализа было установлено, что в подавляющем большинстве случаев доминирующим компонентом травмы являются повреждения опорно-двигательного аппарата (Рисунок 2). Повреждения внутренних органов были преобладающими в 23 % случаев, при этом, в большинстве случаев наблюдались травмы органов брюшной полости и забрюшинного пространства (15 %), а в 8 % больных выявлены.



Рисунок 2 - Доминирующие факторы политравмы

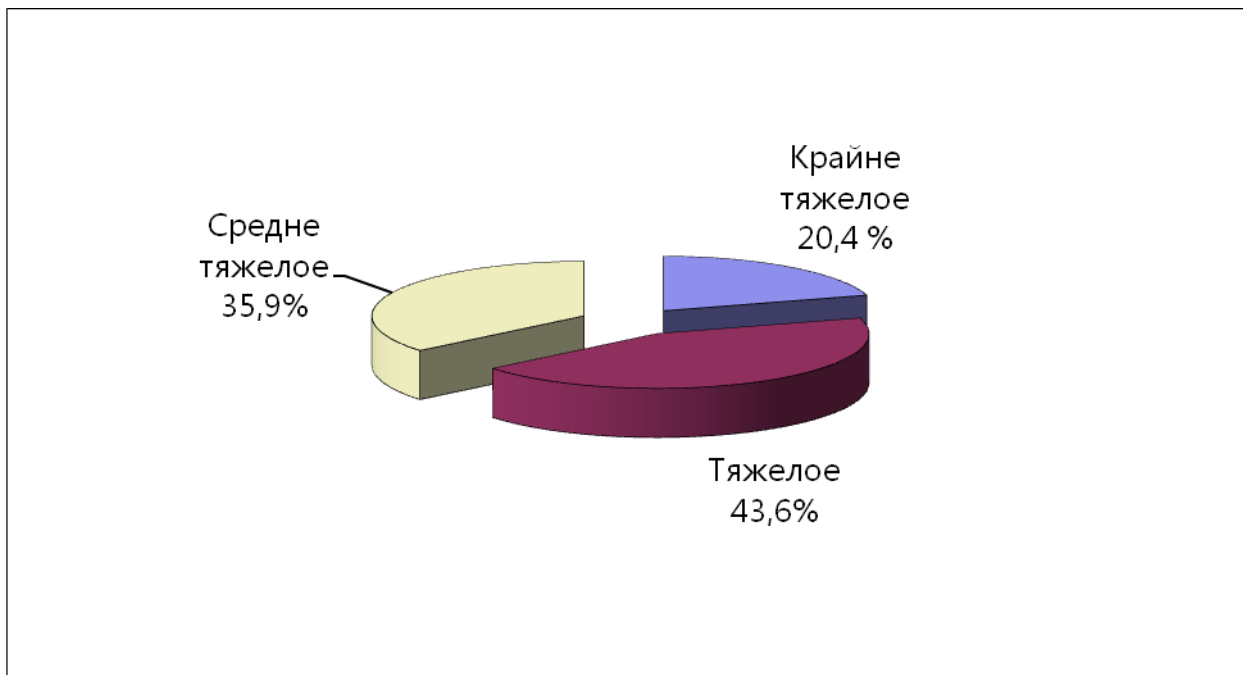


Рисунок 3 - Тяжесть состояния больных с политравмой при обращении в стационар

повреждения органов грудной клетки. Черепно-мозговая травма превалировала в состоянии больных в 11 % случаев. Одним из определяющих факторов, определяющих лечебную тактику, была тяжесть состояния больных (Рисунок 3). Было установлено, что в большинстве случаев состояние пострадавших оценивалось, как тяжелое или крайне тяжелое. Летальность среди обследованных зависела от тяжести состояния их при обращении в клинику, так среди крайне тяжелых больных летальность превышала 77 %, при этом досуточная летальность превышала 50 %. Помощь пострадавшим оказывалась по следующей схеме (Рисунок 4).



Рисунок 4 - Этапы лечения больных с политравмой в ГКБ № 7

Ключевым моментом в схеме оказания помощи оказалась организация работы реанимационного зала приемного отделения, куда поступали все тяжелые больные. При выполнении анализа работы стало очевидным, что подавляющее число больных, поступающих в реанимационный зал, требуют немедленного оказания разнопрофильной помощи с одновременной экспресс-диагностикой повреждений различных органов и систем. В связи с этим, для улучшения качества работы приемного отделения было проведено его переоснащение и приняты необходимые организационные мероприятия. Так, была организована круглосуточная и бесперебойная работа следующих структур приемного отделения, позволяющих оказывать помощь, прежде всего, больным, поступающим в реанимационный зал:

1. экспресс-лаборатория, оснащенная современными биохимическим, урологическим и гематологическим анализаторами.
2. УЗИ кабинет, оснащенный аппаратурой Logic-book 4 поколения.
3. эндоскопический кабинет, оснащенный стойкой Pentax и фиброскопией.
4. круглосуточная рентгенологическая диагностика, включающая в себя компьютерную томографию.
5. операционный блок на 2 стола, находящийся непосредственно рядом с реанимационным залом, оснащенный необходимым инструментарием и анестезиологической аппаратурой.

Каждое из перечисленных структур, по нашему мнению, является ключевым звеном эффективной помощи больным с множественными травматическими повреждениями. Так, современные анализаторы позволяют до минимума сократить время ожидания результатов анализов, что особенно важно именно при травмах. Ультразвуковое исследование и наличие эндоскопии принципиально облегчает задачу общего хирурга при исключении разрывов внутренних органов и определении тактики лечения. При этом особенно важным обстоятельством является необходимость круглосуточного выполнения УЗИ-исследования с нахождением аппаратуры и специалистов в непосредственной близости от реанимационного зала. Значение же круглосуточной компьютерной томографии в диагностике черепно-мозговой травмы трудно переоценить, что связано с известными трудностями постановки диагноза, а также большим числом нейротравм. Организация операционной в непосредственной близости от реанимационного зала является важнейшей мерой при улучшении результатов лечения состояний, сопровождающихся острой кровопотерей.

Кроме оптимизации работы структур приемного отделения, в масштабе всей клиники также проводились необходимые организационные мероприятия. Так с 2006 года открыто самостоятельное отделение политравмы на 35 коек. Вместе с нейрохирургическими отделениями, оказывающими помощь больным с черепно-мозговой травмой (70 коек), общая мощность травматологических коек в клинике составила 105 коек. Вместе с тем, функционирующие хирургическое и урологическое

отделения позволяют дополнить спектр оказываемой травматологической помощи и считать клинику травматологическим центром 1 уровня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Результаты проведенного исследования показывают, что политравма составляет значительную часть структуры общего травматизма. Множественные травмы характеризуются высокой смертностью и частой инвалидизацией пострадавших. Основной особенностью данной патологии является то, что больные с политравмой требуют особого к ним отношения, внимания специалистов самых различных профилей. Необходима разработка четкой тактики оказания помощи таким больным начиная с догоспитального этапа, уделяя особое внимание срокам доставки пациента в стационар. При этом, эти больные должны доставляться в оснащенные современным оборудованием многопрофильные клиники, так как наличие квалифицированных специалистов различных профилей может оказаться решающим фактором успешного лечения. Ключевым звеном оказания квалифицированной помощи при множественных травматических повреждениях является организация работы приемного отделения. Эффективная работа медицинской бригады, возможна лишь при четкой организации процесса в клинике, оснащенной достаточным количеством необходимого оборудования, включающего в себя высокотехнологичные методики.

ВЫВОДЫ:

1. Больные с множественными травматическими повреждениями должны доставляться в оснащенные современным оборудованием многопрофильные клиники. Перечень клиник имеющих право оказывать помощь этой категории больных должен быть регламентирован.
2. Необходимо создание инструктивных актов об оказании помощи больным с множественными травматическими повреждениями, включающих в себя как догоспитальный, так и госпитальный этапы с обеспечением преемственности звеньев медицинской помощи.
3. Необходимо утверждение положения об отделении политравм со штатным расписанием, структурой и перечнем оборудования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гуманенко Е. К. Политравма. Актуальные проблемы и новые технологии в лечении. В мат. Конф. «Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени». – СПб.: 2006. – С. 4 – 14.
- 2 Зотов, Ю.В. Очаги размножения головного мозга. – СПб.: Изд-во РНХИ им. проф. А. Л. Поленова, 1996. – 256 с.
- 3 Kraus, J.F. The relationship of family income to the incidence, external causes, and outcomes of serious brain injury. San Diego County, California / J. F. Kraus, D. Fife, K. Ramstein // Am. J. Public Health. – 1986. – Vol. 76. - №11. – P. 1345 – 1347.
- 4 Max, W. Head injuries: costs and consequences / W. Max, E. MacKenzie, D. Rice // J. Head Trauma Rehab. – 1991. - №6. – P. 76.

А.С. КУЛЬМУХАМЕТОВ, Т.К. МУХАНОВ, Н.А. СУЛЕЙМАНКУЛОВ, Ж.С.ЖАНАЙДАРОВ

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университет
Нейрохирургия кафедрасы*

**КӨПТЕГЕН ЖАРАҚАТТАРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ АУРУХАНА ДӘРЕЖЕІСІНДЕ МАМАНДЫРЫЛҒАН ЖӘНЕ АРНАЙЫ КӨМЕКТІ
ҰЙЫМДАСТЫРУ**

Түйін: Мақалада көптеген жарақаттары бар науқастарды аурухана дәрежеісінде мамандырылған және арнайы көмекті ұйымдастыруына арналған.

Түйінді сөздер: бас миының жарақаттар, көптеген жарақаттар, мамандырылған медициналық көмек, арнайы медициналық көмек

**A.S. KULMUHAMETOV, T.K. MUHANNA, N.A. SULEYMANKULOV,
J.S. ZHANAYDAROV**

*Kazakh national Medical University named after S.D. Asfendiyarov.
Department of neurosurgery*

ORGANIZATION OF SPECIALIZED AID IN-HOSPITAL PATIENTS WITH MULTIPLE INJURIES

Resume: The article deals with the organization of skilled and specialized care in-hospital patients with multiple injuries

Keywords: traumatic brain injury, polytrauma, qualified medical care, specialized medical care