

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В АДЫГЕЙСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

*Адыгейская республиканская клиническая больница,
Россия, 385000, г. Майкоп, ул. Жуковского, 4; тел. 89631715734. E-mail: gurmikov@mail.ru*

Цель работы – оценка влияния приказа МЗ РФ от 15 декабря 2009 г. № 991 н. на уровень летальности пострадавших с сочетанной травмой в Адыгейской республиканской клинической больнице (АРКБ) до и после его внедрения. После внедрения данного приказа летальность пострадавших снизилась с 14,6% до 10,1%. Можно выделить несколько отрицательных моментов, которые необходимо учитывать в дальнейшей организации медицинской помощи больным с сочетанной травмой.

Ключевые слова: сочетанная травма, травмацентр, травматический шок.

M. S. BOLOKOV, B. N. GURMIKOV

ORGANIZATION AND MANAGEMENT OF PATIENTS WITH COMBINED INJURIES IN ADYGEYA
REGIONAL CLINICAL HOSPITAL

*Adygei republican clinical hospital,
Russia, 385000, Maikop, str. Zhukovsky, 4; tel. 89631715734. E-mail: gurmikov@mail.ru*

Purpose – to estimate the effect of the order of the Ministry of health of the Russian Federation of december 15, 2009 № 991n. the level of mortality of patients with associated trauma in Adygei Republican Clinical Hospital (ARCB) before and after its implementation. After the implementation of this order affected mortality decreased from 14.6% to 10.1%. There are several negative aspects that must be considered in the future of medical care with associated trauma.

Key words: concomitant injury, trauma center, traumatic shock.

Введение

Сочетанная травма в нашей стране, как и во всем мире, является основной причиной смерти среди трудоспособного населения. По данным ВОЗ, в структуре смертности населения экономически развитых и развивающихся стран травматизм занимает 3-е и 4-е места после сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, болезней органов дыхания и инфекционных заболеваний [8]. Но, с другой стороны, по годам недожитой жизни летальность от различного рода сочетанных травм выше, чем от сердечно-сосудистых, онкологических и инфекционных заболеваний, вместе взятых [3, 4, 7, 9].

Особая актуальность сочетанной травмы обусловлена высокой летальностью среди лиц трудоспособного возраста (менее 40 лет) [6]. Исходя из этого данная проблема выходит за рамки медицинской и приобретает характер социальной. В России, по оценкам Минздравсоцразвития, ежегодные экономические потери от сочетанной травмы составляют 2,6% от ВВП [2, 5].

В США с целью оптимизации организации медицинской помощи еще в 1960 г. было предложено концентрировать пострадавших с сочетанной травмой в специализированные центры, оборудованные

всеми необходимым для современной диагностики и лечения. При этом травматологические центры ранжированы на пять уровней [1].

В нашей стране система ранжирования травматологических центров ведена с 2009 г. в рамках реализации. Постановления Правительства РФ от 10.03.2009 г. № 198 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях». А порядок оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, регламентирован в Приложении к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 декабря 2009 г. № 991н. В Российской Федерации в отличие от США травматологические центры разделены на три уровня.

В Республике Адыгея организация медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой регламентирована в приказе от 6 апреля 2010 г. № 282 «О порядке оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами,

сопровождаться шоком, в Республике Адыгея». Головным учреждением, оказывающим специализированную медицинскую помощь пострадавшим с сочетанной травмой, является Адыгейская республиканская клиническая больница (АРКБ). АРКБ, как травмацентр первого уровня, кроме оказания специализированной медицинской помощи наделена организационно-методическими функциями и участвует в научно-исследовательских работах.

Таким образом, целью данной работы является оценка влияния приказа МЗ РФ от 15 декабря 2009 г. № 991н. на уровень летальности пострадавших с сочетанной травмой в Адыгейской республиканской клинической больнице до и после его внедрения.

Материалы и методы

Исследование проводилось в два этапа. Первый этап – ретроспективная оценка медицинской документации 432 пациентов (1-я группа), находившихся на лечении в АРКБ с 2004 г. по 2008 г.

с сочетанной травмой, т. е. до внедрения приказа МЗ РФ от 15 декабря 2009 г. № 991н.

Во второй этап (проспективная часть исследования – 2-я группа) вошли 493 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, пролеченных в АРКБ с 2009 г. по 2014 г., уже после внедрения приказа МЗ РФ от 15 декабря 2009 г. № 991н. В целом за этот период с сочетанными, множественными и изолированными травмами в АРКБ пролечено 7561 больной, из них умер 221 человек (2,92%). Основные клинико-эпидемиологические показатели пострадавших с сочетанной травмой представлены в таблице.

По основным клинико-эпидемиологическим показателям, как видно в таблице, обе группы пациентов были сопоставимы. Статистический анализ данных проводился с использованием программы «SPSS 17.0». Количественные величины при ненормальном распределении оценивались методом непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни). Для сравнения качественных показателей использовался критерий χ^2 .

Клинико-эпидемиологические характеристики пострадавших

Клинико-эпидемиологические показатели пациентов	1-я группа (ретроспективная часть), n = 432	2-я группа (проспективная часть), n = 493	P
Возраст M ± m	44,48 ± 3,84	41,24 ± 3,23	0,078
Пол: м/ж	327 (75,7%)/105 (24,3%)	335 (67,9%)/158 (32,1%)	0,405
Характер травмы:			0,474
ДТП	336 (77,7%)	399 (80,9%)	
падение с высоты	56 (12,9%)	39 (7,9%)	
криминальная травма и др.	40 (9,3%)	55 (11,2%)	
Доминирующие повреждения:			
ЧМТ			
Тупая травма живота:	172 (39,81%)	184 (37,32%)	
разрыв печени	58 (13,43%)	69 (14,0%)	
разрыв селезенки	18 (31,03%)	26 (37,68%)	
разрыв тонкой и толстой кишки	17 (29,31%)	24 (34,78%)	
разрыв брыжейки тонкой и толстой кишки	8 (13,8%)	4 (5,79%)	
разрыв диафрагмы	10 (17,24%)	11 (15,94%)	
разрыв диафрагмы	5 (8,62%)	4 (5,79%)	
Тупая травма грудной клетки:	115 (26,6%)	143 (29,01%)	
множественный перелом ребер	53 (46,1%)	87 (60,83%)	
пневмоторакс	26 (22,6%)	28 (19,58%)	
гемоторакс	20 (17,4%)	16 (11,19%)	
гемопневмоторакс	16 (13,9%)	12 (8,39%)	
Перелом костей таза	43 (9,95%)	32 (6,5%)	
Перелом позвоночника	14 (3,24%)	19 (3,85%)	
Перелом костей верхних и нижних конечностей	30 (6,94%)	46 (9,3%)	
Тяжесть травмы по ISS, баллы M ± m	29,4 ± 1,78	31,07 ± 1,93	0,490
Шоковый индекс (индекс Алговера)	1,39 ± 0,12	1,515 ± 0,11	0,213
Летальность	63 (14,6%)	51 (10,3%)	0,064

В АРКБ круглосуточно функционируют рентгенологическое отделение, кабинет компьютерной томографии, кабинет УЗИ, эндоскопический кабинет, экстренная лаборатория. В круглосуточном режиме работает бригада врачей, состоящая из хирурга (ответственный), травматолога, нейрохирурга, анестезиолога-реаниматолога, ангиохирурга, ЛОР-врача, челюстно-лицевого хирурга и врача-лаборанта. При необходимости в любое время суток могут быть привлечены врач-рентгенолог, врач отделения компьютерной томографии (КТ), врач ультразвуковой диагностики, врач-эндоскопист и врачи других специальностей.

Тактика оказания помощи пострадавшим с сочетанной травмой в АРКБ имеет некоторые особенности. После оповещения о поступлении больного с сочетанной травмой бригада дежурных специалистов в составе ответственного врача (хирурга) встречает пострадавшего у входа в приемное отделение и проводит первичную оценку состояния больного. В связи с отсутствием противошоковой операционной в АРКБ, к сожалению, пострадавший с нестабильной гемодинамикой сразу транспортируется в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) или в операционную хирургического отделения, где проводятся первичная диагностика и стабилизация жизненно важных функций в течение одного часа. При этом необходимо сказать, что все диагностические и лечебные мероприятия осуществляются одновременно. При необходимости в ОРИТ и в операционной хирургического отделения на месте могут быть выполнены ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и рентгенография. После стабилизации состояния больной транспортируется в кабинет компьютерной томографии, где проводится исследование брюшной полости, малого таза, грудной клетки, головного мозга, черепа и позвоночного столба. Кроме КТ в АРКБ для диагностики повреждения органов брюшной полости широко используются видеолапароскопия и УЗИ, что сводит к минимуму лапароцентез и диагностическую лапаротомию. В дальнейшем тактика определяется по превалирующему синдрому. При наличии жизнеугрожающих состояний вследствие повреждения внутренних органов и внутрибрюшного кровотечения пациенты с сочетанными травмами транспортируются в операционную хирургического отделения. После окончания операции по поводу травмы внутренних органов в этой же операционной подключаются травматологи-ортопеды и нейрохирурги и выполняют необходимые лечебные мероприятия. В случае наличия у пострадавшего двух конкурирующих жизнеугрожающих состояний (например, внутрибрюшного кровотечения и внутричерепного кровоизлияния) оперативное лечение

осуществляется двумя различными бригадами одновременно.

Необходимо сказать, что в АРКБ выполняются все виды хирургических вмешательств при травме органов грудной и брюшной полостей, а также весь спектр травматологических, нейрохирургических, ангиохирургических вмешательств и др.

Полученные результаты

Пациентам 1-й группы выполнено 497 операций по поводу тяжелой сочетанной травмы. Проведены оперативные вмешательства: хирургического профиля – 107 (спленэктомия, ушивание разрывов печени, резекция кишечника при разрыве брыжейки и кишки, дренирование плевральной полости при гемопневмотораксе, операции при травме поджелудочной железы и др.), нейрохирургического профиля – 31 (различные декомпрессивные операции при повреждениях головного и спинного мозга), травматолого-ортопедического профиля – 359 (различные виды остеосинтеза с использованием современных металлоконструкций, эндопротезирование суставов).

При вышеизложенной организации и тактике ведения больных с сочетанной травмой с 2009 г. по 2014 г. (2-я группа) всего умер 51 человек с тяжелой сочетанной травмой из 493 (10,3%) (хирургического профиля – 13, нейрохирургического профиля – 26, травматологического профиля – 12). В большинстве случаев основной причиной смерти пострадавших является сочетание поражения головного мозга, органов грудной клетки, брюшной полости, костей таза и длинных трубчатых костей.

За период с 2004 г. по 2008 г. до внедрения приказа МЗ РФ от 15 декабря 2009 г. № 991н. в АРКБ летальность среди пациентов 1-й группы при тяжелой сочетанной травме была значительно выше и составляла 14,3% (63 пациента).

Обсуждение полученных результатов

Необходимо указать на недостаточно оплаченную работу травмацентров второго и третьего уровней. Все это зачастую приводит к упущению «золотого часа» в процессе доставки пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в АРКБ, а также их транспортировке из одного диагностического кабинета в другой. Но, с другой стороны, внедрение вышеуказанного приказа способствовало улучшению качества оказания и доступности медицинской помощи пострадавшим с различными проявлениями травмы от ЦРБ до республиканской клинической больницы. После внедрения данного приказа наблюдается тенденция ($P > 0,05$) к снижению летальности пострадавших с сочетанной травмой (летальность пациентов 1-й группы – 14,6%, 2-й группы – 10,3%).

В процессе оказания медицинской помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой в

АРКБ можно выделить несколько отрицательных моментов:

– отсутствие в приемном отделении противошоковой операционной и штатных врачей (хирурга, травматолога, нейрохирурга, анестезиолога-реаниматолога) как это требует приказ МЗ РФ от 15 декабря 2009 г. № 991н;

– отсутствие отделения сочетанной травмы с соответствующим штатом врачей (травматолога, хирурга, нейрохирурга, анестезиолога-реаниматолога) согласно приказу МЗ РФ от 15 декабря 2009 г. № 991н.

Таким образом, сохранение высокого уровня травматизма, в том числе большой удельный вес сочетанной травмы, высокая летальность и инвалидизация пострадавших выводят данную проблему в разряд приоритетных. Необходимо дальнейшее углубленное изучение распространенности сочетанной травмы. Крайне важным является проведение научных исследований по изучению эпидемиологии, клиники и организации медицинской помощи пострадавшим с травмой с учетом региональных особенностей Республики Адыгея.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алейников А. В., Трофимов А. О., Алейников А. А. Организация и результаты работы регионального травматологи-

ческого центра (Опыт Нижегородской области) // Заместитель главного врача. – 2011. www.zdrav.ru

2. Анкин Л. Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 176 с.

3. Ермолов А. С. Общие вопросы оказания медицинской помощи при сочетанной травме // Хирургия. – 2003. – № 12. – С. 7–11.

4. Ермаков С. П., Комаров Ю. М., Семенов В. Г. Потери трудового потенциала и оценка приоритетных проблем здоровья населения России // Окружающая среда и здоровье населения России: Атлас / Под ред. Фешбаха. ПАИМС. – М., 1995. – С. 335–344.

5. Лихтерман Б. Черепно-мозговая травма. Что делать? // Медицинская газета. – 2009. – № 11.

6. Пушков А. А. Сочетанная травма. – Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 1998. – 320 с.

7. Соколов В. А. Множественные и сочетанные травмы. – М., 2006. – 512 с.

8. Салахов Э. Р., Какорина Е. П. Травмы и отравления в России и за рубежом // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – № 2. – С. 13–20.

9. Сочетанная механическая травма (учебно-методическое пособие) / Под общей редакцией члена-кор. РАМН профессора С. Ф. Багненко. – СПб, 2006. – 160 с.

Поступила 08.06.2015

А. В. БУРЛУЦКАЯ

РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПРИРОДЫ

Кафедра госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. 89182501734. E-mail: alvlad_@mail.ru

При обследовании 2239 больных диагноз синдрома слабости синусового узла был поставлен у 120 детей в возрасте от 7 до 17 лет обоего пола. По результатам пробы сердечно-дыхательного синхронизма и данным клинических методов, исключающих органическую патологию сердца, среди 120 человек было выявлено 103 с синдромом слабости синусового узла функциональной природы. Показано, что установление функциональной или органической природы синдрома слабости синусового узла интегративным объективным скрининг-методом – пробой сердечно-дыхательного синхронизма по сравнению с традиционными методами диагностики отличается быстротой, малой трудоемкостью. Диагностика посредством функциональной пробы проведена у детей с разным типом личности, уровнем тревожности, адаптивностью, ЭКГ-вариантом. Показано значение пробы сердечно-дыхательного синхронизма в оценке эффективности лечения детей с синдромом слабости синусового узла.

Ключевые слова: синдром слабости синусового узла, проба сердечно-дыхательного синхронизма.

A. V. BURLUTSKAYA

SICK SINUS SYNDROME OF FUNCTIONAL NATURE IN CHILDREN

Department of hospital pediatrics of medical university «Kuban state medical university» of Ministry of health of the Russian Federation, Russia, 350063, Krasnodar, Sedin street, 4; tel. 89182501734. E-mail: alvlad_@mail.ru