

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ШОКОГЕННЫХ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Санкт-Петербургский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе

На основе анализа результатов лечения 2269 пострадавших с шокогенными множественными и сочетанными травмами опорно-двигательного аппарата показано, что значительное повышение хирургической активности (с 12 до 38 %) не привело к увеличению летальности и существенно (в 3,5 раза) сократило выход на инвалидность. Разработанная объективизированная тактика лечения позволяет, опираясь на данные прогноза, выполнять необходимый объем оперативного травматологического пособия в первые 2 сут после травмы более чем у половины (61 %) пострадавших с политравмой и шоком. Изучение летальности в группе из 1324 пострадавших в зависимости от способа лечения выявило, что при применении оперативного метода у пострадавших с благоприятным прогнозом летальность почти в 2 раза ниже, чем при консервативном лечении (соответственно 7,7 и 13,3 %).

Лечение пострадавших с шокогенными моно- и политравмами опорно-двигательного аппарата остается одной из самых трудных и актуальных проблем современной травматологии. Это определяется в первую очередь значительно более высокими, чем при изолированных повреждениях, показателями летальности (11—70 %), частоты осложнений (10—40 %) и инвалидности (4,6—5,7 на 10 000 работающих), даже при лечении в высокоспециализированных противошоковых и реабилитационных стационарах [1, 2, 6—8, 10, 11, 17—19]. В структуре причин смерти населения трудоспособного возраста травмы занимают первое место, опережая сердечно-сосудистые и онкологические заболевания [9]. Как правило, непосредственной причиной смерти при политравме являются травматический шок и его последствия, на которые приходится от 30 до 80 % летальных исходов [1, 5, 7, 10, 12, 15, 16, 18, 20, 21]. Если к этому прибавить постоянную тенденцию к росту числа и тяжести механических травм, большой удельный вес среди пострадавших лиц работоспособного возраста, а также сложность, длительность и высокую стоимость лечения, то острота и большая социальная значимость рассматриваемой проблемы становится несомненной.

К числу основных причин неудовлетворительных исходов лечения пострадавших с шокогенными моно- и политравмами относятся ошибки тактического и технического свойства, обусловленные недостаточным знанием травматологами особенностей течения и заживления повреждений в условиях развития травматической болезни. Механический перенос тактических и технических приемов, разработанных для лечения изолированных повреждений, на лечение пострадавших с политравмой неоправдан и нередко опасен. По данным С. М. Журавлева [3], в стране ежегодно из-за неправильной тактики лечения и технических ошибок инвалидизируется около 20 тыс. человек (66,6 %) из 30 тыс. ставших инвалидами вслед-

ствие травм, тогда как тяжесть или необратимость повреждений являются причиной инвалидности лишь в 30,7 % случаев.

В отличие от изолированных повреждений, не сопровождающихся шоком, при шокогенной моно- и политравме с оперативным лечением повреждений опорно-двигательного аппарата нельзя не торопиться из-за реальной опасности развития различных осложнений, обусловленных снижением иммунной защиты в постшоковом периоде, наличием сочетанных повреждений.

Сложность выбора лечебной тактики заключается в трудности определения — перенесет ли больной с неустойчивой гемодинамикой необходимое ему вмешательство, являющееся дополнительной травмой. Здесь опасен как необоснованный радикализм, ведущий к увеличению летальности, так и отказ от операции, чреватый реальной угрозой развития тяжелых гипостатических и раневых осложнений вследствие недостаточной репозиции и фиксации отломков костей, неполноценной обработки раны при открытых переломах.

До настоящего времени в клинической практике не нашли достаточно широкого применения количественные критерии оценки шокогенности полученных повреждений, степени тяжести состояния пострадавшего и планируемых вмешательств, хотя это крайне важно не только для прогнозирования исхода травмы, но и для разработки обоснованной рациональной тактики лечения, а также для выбора оперативной техники в остром

Таблица 1

Балльная оценка шокогенности травм

№ п/п	Наименование повреждений	Балл
1	2	3
1	Травма живота с повреждением двух и более паренхиматозных органов или + крупных кровеносных сосудов (aorta, vv. portae, cava inf.)	10
2	Множественные двусторонние переломы ребер с повреждением или без повреждения органов груди / Травма живота с повреждением одного паренхиматозного органа или + сосудов брыжейки или почек	6
3	Открытый перелом бедра или отрыв бедра	5
4	Ушиб головного мозга или + перелом основания черепа / Травма груди с повреждением органов (легкие, сердце) или + гемопневмоторакс / Множественные переломы костей таза	4
5	Травма живота с повреждением полых органов или диафрагмы / Открытый перелом обеих костей голени или отрыв голени / Закрытый перелом бедра	2
6	Большая скальпированная рана или большая гематома вне области перелома / Закрытый перелом обеих костей голени / Открытый или закрытый перелом костей лицевого черепа, или плеча, или отрыв плеча	1,5
7	Множественные односторонние переломы ребер без повреждения органов груди	1
8	Переломы позвонков с повреждением и без повреждения спинного мозга / Открытый перелом костей предплечья или отрыв предплечья / Открытый перелом костей стопы или отрыв стопы	0,5
9	Одиночный перелом костей таза / одной кости голени / Закрытые переломы костей стопы, или костей кисти, или костей предплечья / Размозжение или отрыв кисти / Открытые и закрытые переломы ключицы / лопатки / грудины / надколенника / Краевые переломы костей	0,1

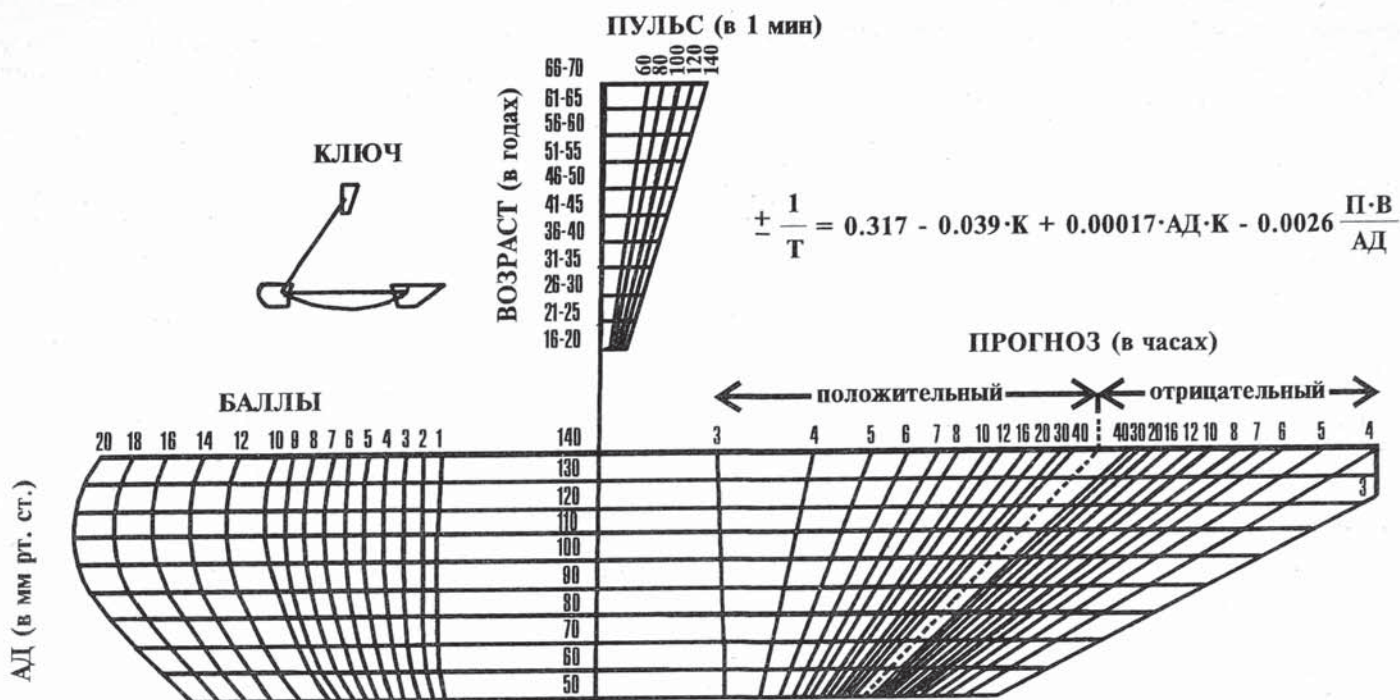


Рис. 1. Номограмма для определения тяжести травматического шока (расчета $\pm T$).

Примечание. Определение $\pm T$ по номограмме производится с помощью циркуля в соответствии с ключом, имеющимся в левой верхней части рисунка. Одна из ножек циркуля устанавливается в верхней части рисунка на пересечении координат возраста и пульса пострадавшего. Вторая ножка устанавливается в левой нижней части на пересечении координат, соответствующих систолическому артериальному давлению и балльной оценке шокогенности травмы. Затем она перемещается по окружности слева направо в правую нижнюю часть рисунка до пересечения с горизонтальной линией, соответствующей уровню артериального давления пациента. Ответ в виде величины $\pm T$ читается по верхнему краю правой нижней части рисунка на пересечении с соответствующей координатой. При неопределяемой частоте пульса или пульсе реже 50 в минуту и чаще 140 в минуту его значение принимается соответственно за 50 и 150 в минуту.

периоде травматической болезни — без риска увеличения летальности и осложнений.

Существующие лечебно-тактические схемы оказания помощи пострадавшим с политравмой, ориентированные на доминирующее повреждение, не годны при лечении травм опорно-двигательной

системы, поскольку последние редко (по сравнению с травмой внутренних органов) оказываются доминирующими (представляющими серьезную опасность для жизни) в остром периоде травматической болезни, в связи с чем их лечение нередко откладывается на неопределенный срок.

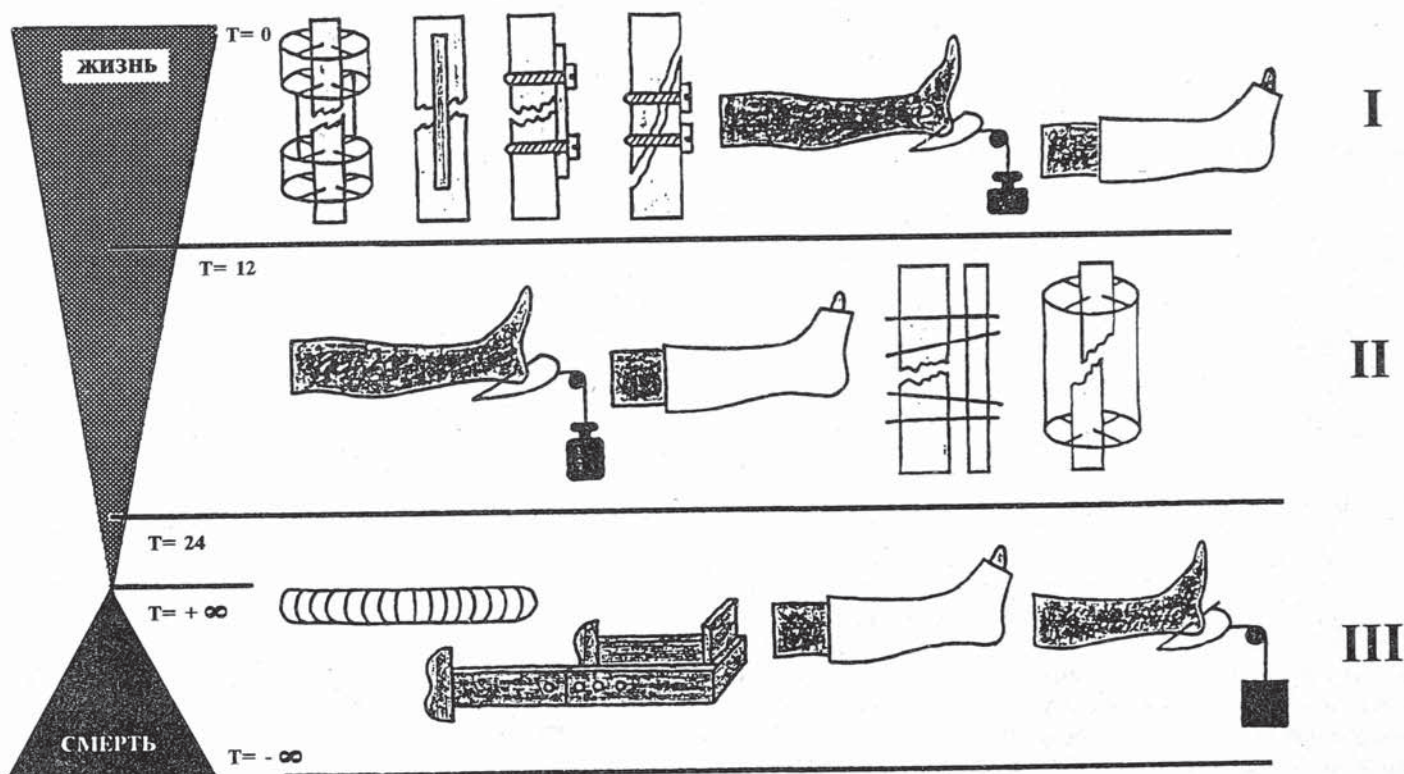


Рис. 2. Тактика лечения при закрытых повреждениях конечностей.

I — благоприятный прогноз для оперативного лечения: остеосинтез аппаратом внешней фиксации (АВФ) в полном объеме, интрамедуллярный, накостный, чрескостный остеосинтез, скелетное вытяжение, гипсовая повязка; II — сомнительный прогноз: скелетное вытяжение, гипсовая повязка, остеосинтез АВФ в сокращенном объеме; III — неблагоприятный прогноз: иммобилизация шиной Крамера, Дитерихса, гипсовая повязка, скелетное вытяжение.

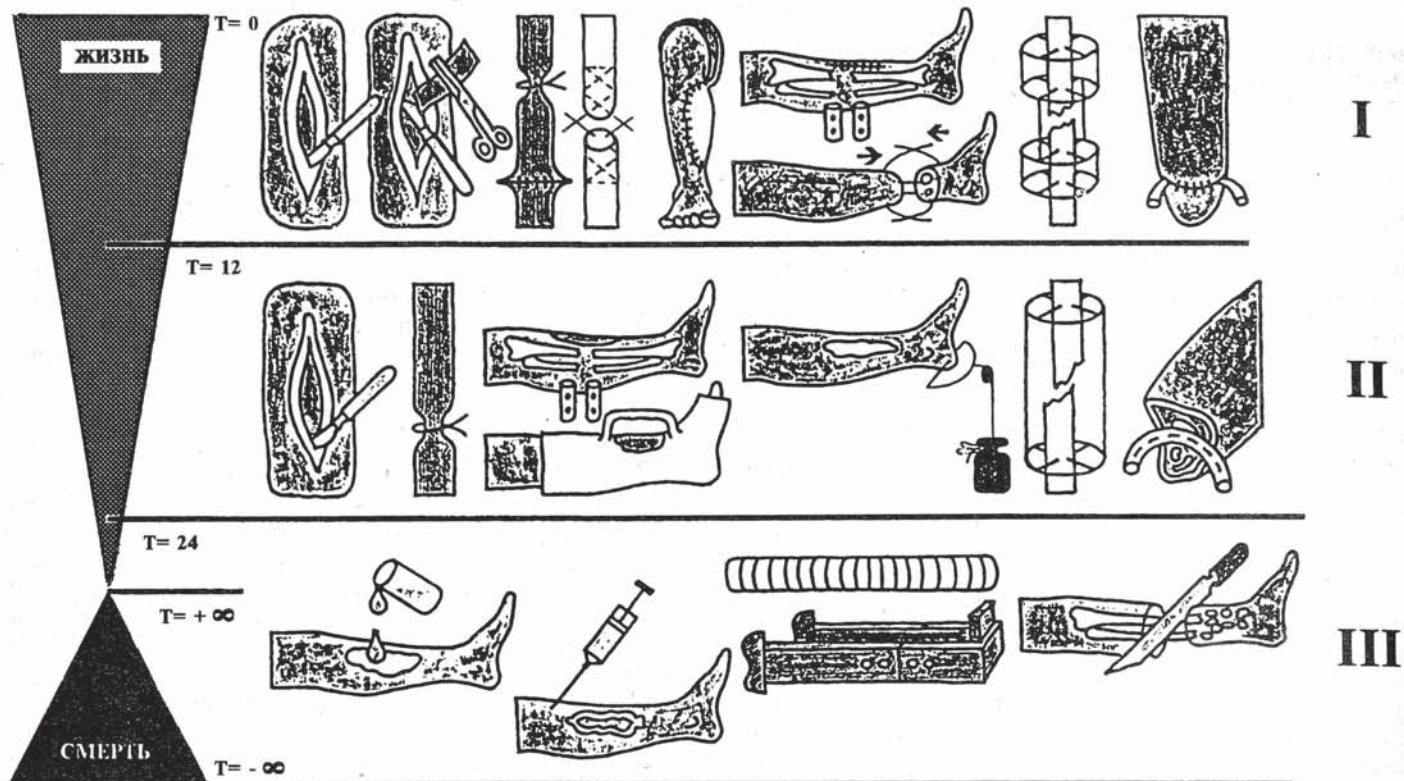


Рис. 3. Тактика лечения при открытых повреждениях конечностей.

I — благоприятный прогноз для оперативного лечения: ПХО в полном объеме, пластика сосудов, нервов, сухожилий, кожи, реплантация конечности или ее части после ПХО в полном объеме, остеосинтез АВФ в полном объеме, ампутация в полном объеме; *II* — сомнительный прогноз: ПХО в сокращенном объеме, перевязка сосудов, гипсовая повязка после ПХО в сокращенном объеме, скелетное вытяжение, остеосинтез АВФ в сокращенном объеме, ампутация в сокращенном объеме; *III* — неблагоприятный прогноз: ПХО в минимальном объеме, иммобилизация шиной Крамера, Дитерихса, ампутация в минимальном объеме.

Недостатком большинства параметрических методов оценки тяжести шока, применяемых в настоящее время, является их малая информатив-

ность (метод Кисса, Алговера) или чрезмерная трудоемкость (ISS, TRISS). К тому же в большинстве из них отсутствует ориентация на исход

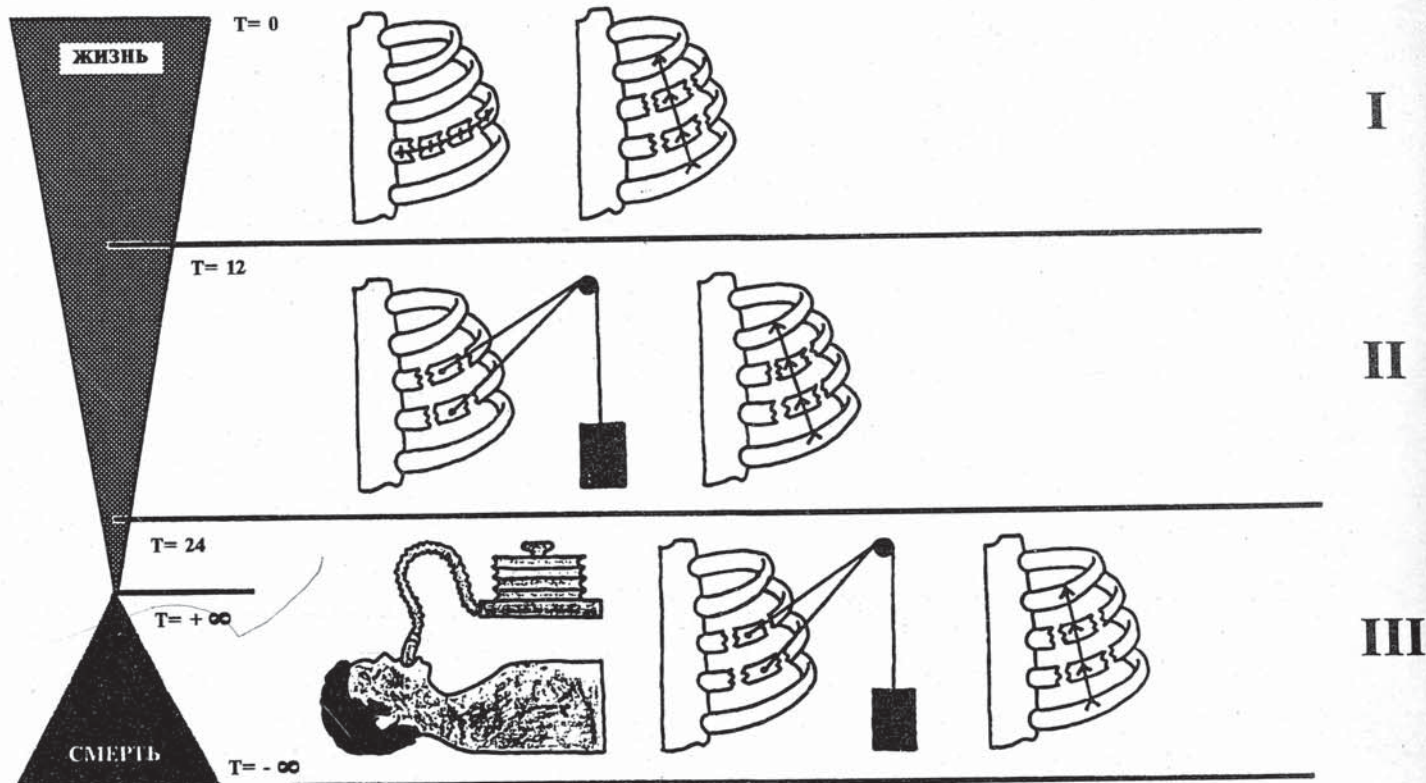


Рис. 4. Тактика лечения при повреждениях грудной клетки с нарушением ее каркасности.

I — благоприятный прогноз для оперативного лечения: остеосинтез наkostный, интрамедуллярный, чрескостный, АВФ в полном объеме; *II* — сомнительный прогноз: скелетное вытяжение, остеосинтез АВФ в полном объеме; *III* — неблагоприятный прогноз: искусственная вентиляция легких, скелетное вытяжение, остеосинтез АВФ (после выведения пострадавшего из шока).

Таблица 2

Тактика и результаты лечения шокогенных травм опорно-двигательного аппарата

Признак	Тактика лечения		p
	без учета прогноза $\pm T$ (n=192)	на основе прогноза $\pm T$ (n=189)	
Оперативная активность, %	12,0	38,5	<0,001
Летальность, %:			
общая	29,0	29,9	>0,05
после операции	12,0	9,6	>0,05
Инвалидность спустя 5 лет, %	46,3	13,0	<0,001

Примечание. n — среднее число больных за год.

(выживет или погибнет пострадавший). Кроме того, используемые в существующих системах, шкалах методики оценки тяжести повреждений содержат небольшую долю субъективизма.

Все это подтверждает настоятельную необходимость разработки новых методических приемов для оценки тяжести, шокогенности травмы с прогнозированием исхода травматического шока на госпитальном этапе, а также для выбора оптимального вида, характера, объема и сроков оказания хирургического и травматологического пособия пострадавшим с тяжелой шокогенной травмой [1, 4, 5, 10, 12, 18, 21].

В Институте скорой помощи им. И. И. Джанелидзе на протяжении многих лет успешно используется методика прогнозирования течения и исходов шока, разработанная Ю. Н. Цибиным и И. В. Гальцевой [13, 14]. Особенность этой прогностической схемы состоит в том, что объектом прогнозирования избран показатель $\pm T$, характеризующий либо продолжительность жизни в часах при неблагоприятном исходе ($-T$; $T < 0$), либо предполагаемую длительность шока (также в часах) — при благоприятном исходе ($+T$; $T > 0$). Выявленная закономерность может быть выражена относительно простой формулой, полученной в результате многофакторного регрессионного анализа:

$$\pm 1/T = 0,317 - 0,039K + 0,00017 \text{ АД} \cdot K - 0,0026 \text{ П} \cdot \text{В} / \text{АД},$$

где АД — систолическое артериальное давление (в мм рт. ст.), П — частота пульса (в 1 мин), В — возраст пострадавшего (в годах), К — балльная оценка шокогенности травм, которая определяется по специальной таблице (табл. 1).

После получения названных выше 4 показателей по разработанной формуле с помощью специальных программируемых микрокалькуляторов, а при их отсутствии — по таблице или номо-

грамме (рис. 1) за несколько минут производится расчет продолжительности шока или жизни (в часах нестабильной гемодинамики) и прогноз исхода: выживет ($+T$) или погибнет ($-T$) пострадавший с достоверностью 95 %.

Эта прогностическая схема легла в основу предложенной хирургической тактики лечения пострадавших с шокогенной моно- и политравмой. Количественный метод оценки тяжести и исхода шокогенных травм был использован нами для выделения однородных по тяжести клинических групп; ретроспективный анализ исходов лечения в этих группах в зависимости от прогноза позволил разработать для каждой из них соответствующий тактический алгоритм оказания помощи в первые 2 сут после травмы.

1-я группа — пострадавшие, находящиеся в состоянии средней тяжести, с прогнозом, благоприятным для оперативного лечения ($0 < T \leq 12$). У них возможен полный объем травматологического пособия с применением всех видов консервативного и оперативного лечения, причем оперативным методам отдается предпочтение. Возможны все виды остеосинтеза — очаговый (внутри-, чрес- и накостный) металлоостеосинтез, остеосинтез аппаратами внешней фиксации (являющийся методом выбора), все виды пластических операций (пластика кожи, нервов, сосудов, костей), вплоть до реплантации конечности или ее части.

2-я группа — больные с более тяжелыми повреждениями, находящиеся в тяжелом состоянии, с прогнозом, сомнительным для оперативного лечения ($12 < T \leq 24$). Для выведения их из шока требуется интенсивная противошоковая терапия в течение суток. Основным методом лечения повреждений опорно-двигательного аппарата являются консервативные способы иммобилизации (гипс, лечение положением, бинтовые повязки) и скелетное вытяжение. Операции проводятся по строгим показаниям и в ограниченном объеме: полный отказ от пластических операций, попыток реплантации конечности, интрамедуллярного остеосинтеза. Чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации возможен при открытых переломах в упрощенном варианте (с использованием минимального числа спиц, колец и применением приспособлений ускоренной сборки), нередко без точного сопоставления отломков. Первичная хирургическая обработка ран выполняется без элементов пластики и зашивания ран. Ампутации производятся наиболее простым способом, чаще по типу первичной хирургической обработки раны, как правило, без зашивания раны.

3-я группа — пострадавшие, находящиеся в крайне тяжелом состоянии, с очень тяжелыми повреждениями, требующие для выведения из шо-

Таблица 3

Распределение пострадавших по тяжести шока и прогнозу для оперативного лечения

Прогноз для оперативного лечения ($\pm T$)	Степень шока						Всего пострадавших	
	I		II		III			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Благоприятный ($T \leq 12$)	442	60,7	209	28,7	77	10,6	728	55,0
Сомнительный ($T \leq 24$)	20	23,5	32	37,0	34	39,5	86	6,5
Неблагоприятный ($T > 24$; $T < 0$)	39	7,7	110	21,5	361	70,8	510	38,5
Итого...	501	37,8	351	26,5	472	35,7	13 241	100,0

Таблица 4

Структура летальности у пострадавших с шокогенными травмами опорно-двигательного аппарата

Вид травмы	Чис- ло по- стра- дав- ших	Летальность				об- щая, %
		«шоковая» (<2 сут)		поздняя (>2 сут)		
		чис- ло умер- ших	%	чис- ло умер- ших	%	
Изолированная	139	8	5,8	7	5,0	10,8
Политравма	1185	280	23,6	171	14,4	38,0
в том числе:						
множественная	116	8	6,9	2	1,7	8,6
сочетанная	589	140	23,8	90	15,2	39,0
множественная+ +сочетанная	480	132	27,5	79	16,5	44,0
Всего...	1324	288	21,8	178	13,4	35,2

ка более 24 ч, нередко погибающие, с прогнозом, неблагоприятным для оперативного лечения ($T > 24$; $T < 0$). У этой группы пострадавших применяются только консервативные методы лечения переломов (гипс, бинтовые повязки) и скелетное вытяжение. Допускается лишь ревизия ран с целью остановки кровотечения или — при нарастающей интоксикации, продолжающейся кровото- и лимфопотере — отсечение разможенной и кровоточащей конечности выше наложенного жгута наиболее простым методом без зашивания раны.

На рис. 2—4 схематически представлены характер, объем и техника выполнения оперативного и консервативного пособия у пострадавших с шокогенными моно- и политравмами опорно-двигательного аппарата в первые 2 сут после травмы, т. е. проводимого на фоне шока в экстренном (остановка кровотечения) или срочном порядке.

Следует особо подчеркнуть, что все операции по поводу травм опорно-двигательного аппарата (за исключением вмешательств, направленных на остановку кровотечения из магистральных сосудов, которые осуществляются в экстренном порядке) относятся к категории срочных операций второй очереди — они выполняются после проведения операций по поводу повреждений внутренних органов, которые, как правило, являются доминирующими в этот период.

Закономерно опасение: не приведет ли такое расширение травматологического пособия, активная хирургическая тактика у пострадавших с тяжелым шоком к увеличению летальности? Мы провели анализ летальности, уровня оперативной активности, частоты ампутаций и инвалид-

ности до и после начала применения предложенной хирургической тактики при оказании экстренной и срочной травматологической помощи 2269 пострадавшим с шокогенными моно- и политравмами опорно-двигательного аппарата (1977—1988 гг.).

Как следует из табл. 2, существенное повышение оперативной активности (с 12 до 38,5 %), основанное на применении объективизированной тактики лечения с учетом прогностического индекса $\pm T$ тяжести и исхода шока, не привело к значимому увеличению общей (29 и 29,9 %) и послеоперационной (12 и 9,6 %) летальности.

Более детально результаты применения активной хирургической тактики при повреждениях опорно-двигательного аппарата в первые 2 сут после травмы изучены у 1324 пострадавших с шоком, у которых было произведено 594 операции (92 — интрамедуллярный, 311 — чрескостный остеосинтез, 191 — ампутации).

Структура пострадавших по тяжести шока представлена в табл. 3.

Ретроспективный анализ данных показал, что в структуре пострадавших с шокогенными моно- и политравмами опорно-двигательного аппарата, доставленных в городской противошоковый центр, более половины (55 %) составляли больные с прогнозом, благоприятным ($T \leq 12$), 6,5 % — сомнительным ($T \leq 24$) и 38,5 % — неблагоприятным ($T > 24$; $T < 0$) для оперативного лечения. Следовательно, 55 % пострадавших специализированная хирургическая и травматологическая помощь могла быть оказана в полном объеме, у 7 % был возможен ограниченный объем хирургической помощи и 39 % рекомендовались в основном консервативные способы лечения.

В то же время распределение пострадавших по 3-степенной классификации шока показывает, что большинство из них (823 из 1324), в том числе 39,3 % больных с благоприятным прогнозом, находились в состоянии тяжелого шока (II и III степени), при котором планировать травматичные операции без знания прогноза опасно.

Общая летальность у пострадавших с шокогенными моно- и политравмами составила 35 % (табл. 4), причем в раннем периоде погибло в 1,6 раза больше пострадавших, чем в позднем («шоковая» летальность 22 %, «постшоковая» 13 %). С учетом большого удельного веса в анализируемой группе пострадавших с шоком II—III степени (62,2 %) эти цифры не являются очень высокими.

Представляет интерес сопоставление летальности при разной тактике лечения. Приведенные в табл. 5 показатели летальности у пострадавших с одинаковой тяжестью шока — при благоприятном для операции прогнозе — подтверждают обоснованность предложенной активной тактики: при оперативном лечении летальность существенно (в 1,7 раза) ниже, чем при консервативном. Уровень общей летальности (12 %) у пострадавших с благоприятным прогнозом следует признать невысоким, учитывая состав этой группы: у 39 % пострадавших (286 из 728) был диагностирован тяжелый шок (II и III степени). Это одновременно свидетельствует о низкой информативности оценки тяжести шока по Киссу и малой пригодности ее для тактических схем лечения.

Таблица 5

Летальность в первые 2 сут после шокогенных травм опорно-двигательного аппарата в зависимости от метода лечения при прогнозе, благоприятном для оперативного лечения ($T \leq 12$)

Метод лечения	Число пострадавших	Летальность	
		число умерших	%
Оперативный	180	14	7,7
Консервативный	548	73	13,3
Всего...	728	87	12,0

Таким образом, проведенный анализ доказал безопасность и перспективность применения оперативного лечения в первые 2 сут после травмы у пострадавших с благоприятным прогнозом. Снижение летальности при оперативном лечении в остром периоде достигается в основном за счет противошокового компонента действия операции (надежная остановка кровотечения, прочная стабилизация отломков) и значительно меньшей, чем при консервативном лечении, частоты поздних осложнений (связанных с обездвиженностью больного легочных и урологических осложнений, пролежней, инфекционных осложнений и нарушений репаративных процессов вследствие нерадикальной обработки ран, недостаточной репозиции и стабилизации отломков).

Тактика лечения, базирующаяся на прогностических критериях, может изменяться на основе периодического ретроспективного анализа результатов лечения, меняющихся в связи с совершенствованием хирургического, травматологического и анестезиологического пособия. Использование объективизированной тактики лечения упрощает и облегчает принятие правильного решения о необходимости, возможности и объеме оперативного пособия у пострадавших с политравмой и шоком. Это особенно важно для единомыслия дежурной бригады, состоящей из врачей, имеющих неодинаковый опыт и разные специальности (анестезиолог, нейрохирург, травматолог и т. п.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринева М. В. // Сочетанная травма и травматический шок: патогенез, клиника, диагностика и лечение. — Л., 1988. — С. 5—11.
2. Гринева М. В., Ремизов В. Б., Селезнев С. А. и др. Лечение пострадавших с тяжелыми механическими травмами на этапах медицинской эвакуации. — Кишинев, 1992.
3. Журавлев С. М. // Тр. V Всерос. съезда травматологов-ортопедов. — Ярославль, 1990. — С. 44—45.
4. Кейер А. Н., Савельев М. С., Фролов Г. М., Кашанский Ю. Б. // Травматический шок. — Л., 1979. — Вып. 6. — С. 34—38.
5. Корнилов В. А., Губарь Л. Н., Цибуляк Г. Н. // Травматическая болезнь. / Под ред. И. И. Дерябина, О. С. Насонкина. — Л., 1987. — С. 273—287.
6. Лебедев В. В., Охотский В. П., Каншин Н. Н. Неотложная помощь при сочетанных травматических повреждениях. — М., 1980.
7. Никитин Г. Д., Грязнухин Э. Г. Множественные переломы и сочетанные повреждения. — 2-е изд. — Л., 1983.
8. Пожарский В. Ф. Политравмы опорно-двигательной системы и их лечение на этапах медицинской эвакуации. — М., 1989.
9. Смертность населения в трудоспособном возрасте: Данные Госкомстата СССР // АИФ. — 1988. — № 13.
10. Соколов В. А., Клопов Л. Г. // Тр. V Всерос. съезда травматологов-ортопедов. — Ярославль, 1990. — С. 125—128.
11. Трубников В. Ф., Попов И. Ф., Истомин Г. Г. и др. // Ортопед. травматол. — 1988. — № 8. — С. 35—38.
12. Уваров Б. С., Богомолов В. Н., Полушин Ю. С., Левшанков А. И. // Тр. Всесоюз. съезда анестезиологов и реаниматологов. — Одесса, 1989. — С. 518—519.
13. Цибин Ю. Н., Гальцева И. В., Рыбаков И. Р. // Травматический шок. — Л., 1975. — Вып. 2. — С. 75—80.
14. Цибин Ю. Н. // Вестн. хирургии. — 1980. — Т. 125, № 9. — С. 62—67.
15. Шапошников Ю. Г. // Диагностика и лечение ранений / Под ред. Ю. Г. Шапошникова. — М., 1986.
16. Allgower M., Border J. R. // World J. Surg. — 1983. — Vol. 7, N 1. — P. 88—95.
17. Grinev M. V., Frolov G. M., Kashansky Yu. B. et al. // Prehospital and Disaster Medicine. — 1990. — Vol. 5, N 2. — P. 178.
18. Gustilo R. B., Corpuz V., Sherman R. E. // Orthopedics. — 1985. — Vol. 18. — P. 1523—1528.

19. Olerud S., Allgower M. // World J. Surg. — 1983. — Vol. 7, N 1. — P. 143—148.
20. Sander E. // Ibid. — P. 170—172.
21. Seidel F. // Z. Arztl. Fortbild. — 1984. — Bd. 75, N 15. — P. 637—638.

SURGICAL TACTICS FOR SHOCK-PRODUCING MULTIPLE AND COMBINED INJURIES OF LOCOMOTOR SYSTEM

M. V. Grinev, G. M. Frolov

Treatment results of 2269 patients with shock-producing multiple and combined injuries of locomotor system showed that significant increase of surgical activity (from 12 to 38 %) did not cause the lethality increase and significantly (3,5 times) decreased the invalidity outcome (follow-up period was 5 years). Objectified tactics of management was worked out. On the base of the prognosis data that tactics enabled to perform the necessary volume of surgical traumatological care during the first 2 days after injury more than in $1/2$ (68 %) of polytraumatized and shock patients. The study of lethality in 1324 patients depending on treatment method showed that when surgical interventions were used in patients with positive prognosis the lethality rate was 2 times lower than in patients treated conservatively. That is an evidence of the reliability of prognostic scheme of the patient's condition estimation as well as treatment tactics based on this scheme.

© Г. И. Назаренко, 1994

Г. И. Назаренко

ПРИНЦИПЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова, Москва

Рассматриваются подходы к оценке эффективности медицинской помощи пострадавшим с политравмой. Акцентируется внимание на методах, в основе которых лежит сравнение реальных и должных результатов лечения. Приводятся конкретные алгоритмы, применяемые для этой цели. Показано, что адекватным является подход, основанный на использовании данных о конкретных пострадавших. Он позволяет наряду с получением достоверных оценок избежать влияния на результаты расчетов неоднородности (по тяжести состояния) контингентов пострадавших, лечившихся в различных лечебных учреждениях. Обсуждаемые методики могут быть использованы для оценки качества работы лечебных учреждений и конкретных специалистов, эффективности методов лечения, для изучения эпидемиологии травм, лицензирования больниц, в страховой медицине и т. п.

Количество пострадавших с травмами неуклонно увеличивается. Растет удельный вес политравмы в общей структуре травматизма. Все это требует решения широкого круга научных и практических задач, связанных с совершенствованием медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми механическими повреждениями. Однако при отсутствии Государственной системы оценки эффективности их лечения принятие серьезных, обоснованных решений не представляется возможным.

В самом деле, любые перестройки в организации помощи пострадавшим с политравмой, изменения в хирургической тактике, применение новых технологий лечения только тогда могут считаться результативными, когда в системе объективных критериев будет подтверждено, что при этом исходы лечения в целом по меньшей мере не стали хуже.

Тривиальные критерии оценки эффективности