

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Железин О.В., Коновалов О.Е., 2012
УДК 616.441-006-037

**ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ
В КОНСУЛЬТАЦИЯХ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ
И КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**

О.В. Железин, О.Е. Коновалов

МЛПУ «Городская клиническая больница № 39», г. Нижний Новгород
ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика
И.П. Павлова» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Рязань

В статье рассматриваются вопросы потребности пациентов, получивших сочетанные травмы, в консультативной и клинико-диагностической помощи в условиях стационара. Представлены основные направления совершенствования лечебно-диагностической тактики на догоспитальном и госпитальном этапах оказания медицинской помощи при сочетанной травме.

Ключевые слова: сочетанные травмы, консультации специалистов, клинико-диагностические исследования.

Сочетанные и множественные травмы встречаются в 70-80% в структуре транспортного травматизма, а в структуре черепно-мозговой травмы у 10% пострадавших фиксируются различные внечерепные повреждения. Именно эта категория больных отличается особой тяжестью состояния и трудностями решения диагностических и тактических задач из-за нередко нарушенного сознания, отсутствия типичных признаков шока, а также наличия повреждений внутренних органов [2, 3].

Отечественный и зарубежный опыт оказания помощи пациентам с сочетанными повреждениями свидетельствует о том, что лучших результатов добиваются там, где правильно организовано этапное лечение пострадавших с сочетанной и множественной травмой [1, 4].

Материал и методы

С целью изучения медико-организационных аспектов оказания травматологической помощи больным с сочетанной травмой, были проанализированы данные выкопировки из 847 «Медицинских карт стационарного больного»

(форма № 003/у) пациентов, находившихся на лечении в травматологических отделениях лечебно-профилактических учреждений г. Нижний Новгород с диагнозом «сочетанная травма» за 2007 – 2009 гг.

Удельный вес мужчин среди обследованного контингента составил 67,4%, женщин – 32,6%. Распределение пациентов по возрасту выглядит следующим образом. Большинство пациентов, получивших лечение по поводу сочетанной травмы, как среди мужчин, так и женщин, пришлось на возрастную группу 18 – 29 лет (32,8% и 30,8% соответственно). Удельные веса мужчин в возрасте 30 – 39 лет и 40 – 49 лет составили соответственно 21,5% и 20,1%, что в 1,9 и 2 раза превышало величину анализируемых показателей в аналогичных возрастных группах женщин (11,5% и 10,3%).

Результаты и их обсуждение

Служба скорой медицинской помощи является первым этапом оказания экстренной медицинской помощи лицам, получившим травму. Качество медицинской помощи на догоспитальном этапе оказыва-

ет сильное влияние на результаты лечения в стационаре. Так, отсутствие или недостаточность противошоковых мероприятий, проводимых пациентам с тяжелыми сочетанными травмами на догоспитальном этапе, приводит к удлинению времени постановки диагноза в стационаре и задержке проведения экстренных операций. Обследование пострадавших с политравмой и одновременное оказание лечебного пособия медперсоналом скорой медицинской помощи должно осуществляться в пределах «золотого часа», исчисление которого начинается с момента получения травмы. При этом приоритетом в диагностике на догоспитальном этапе является определение опасных для жизни повреждений.

Необходимо отметить, что у многих пострадавших надо исключить сопутствующую черепно-мозговую травму (ЧМТ),

т.к. вследствие шока, анемии, жировой эмболии, у пострадавших имелись нарушения сознания. Это свидетельствует о том, что проблема сочетанных повреждений в значительной степени нейрохирургическая.

Основная база Нижегородского нейрохирургического центра – МЛПУ «Городская клиническая больница № 39». В соответствии с программой по дорожному травматизму она является травмцентром II уровня и в нее по приказу должны госпитализироваться пострадавшие с изолированной ЧМТ. В больнице ежедневно круглосуточно дежурит бригада нейрохирургов, анестезиологов-реаниматологов, можно сделать компьютерную томографию.

Рассмотрим частоту консультирования пациентов с сочетанной травмой врачами узких специальностей (рис. 1).



Рис. 1. Частота консультирования пациентов с сочетанной травмой врачами узких специальностей, (на 100 пациентов с сочетанной травмой)

На первом ранговом месте по частоте консультирования пострадавших с диагнозом «сочетанная травма» находятся такие специалисты, как нейрохирурги и

неврологи (37,8 на 100 пациентов с сочетанной травмой), на втором и третьем ранговых местах, соответственно офтальмологи (31,2) и хирурги (28,4). Консуль-

тации оториноларинголога (отоневролога) требовались в 9,8 случаях на 100 сочетанных травм, терапевта – в 5,4 случаях, стоматолога (челюстно-лицевого хирурга) – в 5,2, уролога – в 4,6 и психиатра – в 2,1 случаях на 100 сочетанных травм.

Частота проведения различных видов исследований пациентам с сочетанной травмой выглядит следующим образом: рентгенографическое исследования области повреждения (95,5 на 100 больных с сочетанной травмой); рентгеноскопическое исследования (5,6 на 100 пациентов); ультразвуковое исследование (12,8 на 100 пациентов); диагностическая лапаротомия (11,4 на 100 пациентов); диагностическая торакотомия (10,5 на 100 пациентов); электрокардиография (28,3 на 100 пациентов); электроэнцефалография – 8,9 на 100 пациентов с сочетанной травмой.

Однако на практике эта схема не всегда эффективна. Врачи бригады скорой медицинской помощи, обнаружив больного с нарушениями сознания, обычно ограничиваются диагнозом тяжелой ЧМТ, если нет явных признаков внечерепной травмы, и транспортируют пострадавшего в больницу №39.

При более детальном осмотре нередко выясняется, что помимо ЧМТ, имеются повреждения опорно-двигательного аппарата, внутренних органов и т.д. Однако травматолог дежурит в больнице 4 раза, а общий хирург – 2 раза в неделю. Поэтому приходится их вызывать из дома, на что уходит дополнительное время. В связи с этим необходимо дальнейшее совершенствование организации помощи пострадавшим. Следует доукомплектовать бригаду дежурных врачей и обеспечить ежедневную круглосуточную работу в больнице №39, помимо нейрохирурга, реаниматолога и челюстно-лицевого хирурга (что уже реализовано), травматолога и общего хирурга.

Выводы

Таким образом, как для догоспитального, так и госпитального этапа оказания медицинской помощи при сочетанной травме актуальным является совершенствование лечебно-диагностической тактики, которое может быть осуществлено за счет:

– широкого внедрения современных способов и методик диагностики, а также лечения как кранио-фациальных, так и внечерепных повреждений; – разработки алгоритмов обследования и тактики лечения пострадавших на догоспитальном и госпитальном этапах;

– стандартизации методов и подходов к оказанию помощи при сочетанной черепно-мозговой травме.

Литература

1. Определение предикторов ближайших исходов боевых сочетанных травм с поражением головного мозга / А.И. Паневин [и др.] // Медицина критических состояний. – 2009. – Т. 4, № 4. – С. 3-7.
2. Плеханов А.Н. Эпидемиологические, диагностические и лечебные аспекты сочетанной травмы в современных условиях (хирургия сочетанной травмы) сообщение 1 / А.Н.Плеханов, И.А. Номоконов, В.А. Шагдуров // Политравма. – 2007. – № 4. – С. 69-74.
3. The sequential trauma score – a new instrument for the sequential mortality prediction in major trauma / S. Huber-Wagner [et al.] // Eur. J. Med. Res. – 2010. – Vol. 15, №5. – P. 185-195.
4. Psychometric properties of questionnaires evaluating health-related quality of life and functional status in polytrauma patients with lower extremity injury / L. Jansen [et al.] // J. Trauma Manag. Outcomes. – 2010. – Vol. 28, № 4. – P. 7.

**NEED OF PATIENTS WITH CONCOMITANT INJURIES
IN MEDICAL SPECIALISTS' CONSULTATION
AND CLINICODIAGNOSTIC TESTS**

O.V. Zhelezin, O.E. Kononov

In the article the questions of needs of patients with concomitant injuries in consultative and clinicodiagnostic care in hospital environment have been given consideration to. The main trends in improvement of therapeutic–diagnostic tactics at pre-hospital and hospital levels of medical care delivery in case of concomitant injuries have been presented.

Key words: concomitant injuries, specialists' consultation, clinicodiagnostic tests.

Железин Олег Валерьевич – заочный аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО ГБОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России, главный врач Муниципального лечебно-профилактического учреждения «Городская клиническая больница № 39», г. Нижний Новгород.
Тел.: 8(906)349-68-17.