

А.В. Скороглядов¹, М.В. Лядова^{2}, А.П. Ратьев¹*

КОНЦЕПЦИЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

¹Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, 117997, Москва, Россия; ²Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова, 117049, Москва, Россия

*Лядова Мария Васильевна. E-mail: mariadoc1@mail.ru

♦ Дорожно-транспортный травматизм остается наиболее серьезной проблемой на территории РФ. В статье на примере крупнейшей клиники Москвы рассмотрены некоторые аспекты оптимизации оказания специализированной помощи пострадавшим в результате дорожно-транспортного происшествия в условиях многопрофильного стационара и проанализированы результаты работы травматологической службы. Определены основные принципы оказания экстренной медицинской травматологической помощи.

Ключевые слова: дорожно-транспортный травматизм; экстренная медицинская помощь; многопрофильный стационар

A.V. Skoroglyadov¹, M.V. Liyadova², A.P. Ratiyev¹

THE CONCEPT OF IMPROVEMENT OF QUALITY OF SKILLED MEDICAL CARE TO VICTIMS OF ROAD ACCIDENTS IN CONDITIONS OF MULTITYPE HOSPITAL

¹The N.I. Pirogov Russian national research medical university Ministry of Health of Russia, 117997 Moscow, Russia

²The N.I. Pirogov municipal clinical hospital №1, Moscow, Russia

♦ The road traumatism continues to be the most serious problem at the territory of the Russian Federation. The article uses as an example the first-rate Moscow clinic to consider particular aspects of optimization of specialized medical care to victims of road accidents in conditions of multitype hospital. The results of functioning of traumatology service are analyzed. The main principles of emergency medical traumatological care are determined.

Keywords: road accident, traumatism, emergency medical care, multitype hospital

В структуре смертности от внешних причин дорожно-транспортные происшествия (ДТП) занимают 3-е место. По статистике за 2011 г. среди погибших от ДТП пешеходы составляют 43,1%. Исследования, проведенные в Европе, показали, что 2/3 пешеходов получают травмы в результате лобового удара, 16,0% — от других частей автомобиля, 23,0% — жертвы столкновений с другими транспортными средствами. При ДТП 50% смертей наступает в течение нескольких минут после ДТП.

Программы, разработанные Минздравсоцразвития России, направленные на улучшение оказания первой помощи на догоспитальном этапе, за счет целевых инвестиций и оптимизации помощи только за 2009 г. позволили снизить смертность от ДТП на 14,8%.

Этап госпитальной помощи остается пока на уровне дискуссий, нет четкого определения временного промежутка, ограничивающего объем мероприятий по спасению жизни пострадавшего в ДТП с тяжелой политравмой.

На примере работы травматологической службы ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы рассмотрим основные пути совершенствования помощи пострадавшим в ДТП на уровне стационара.

В период с 2009 по 2011 г. число пострадавших, получивших травму в результате ДТП, выросло на 1,3%. По нашим клиническим данным, доля сочетанной травмы у пострадавших в результате ДТП, доставленных в клинику в этот период, достигла приблизительно 70%.

Частота повреждений различных частей тела в результате ДТП у поступивших в ГКБ №1 в 2010 г. и госпитализированных в стационар на 100 пострадавших была такой: голова — 90,0, шея — 1,7, грудь — 41,0, живот — 17,0, таз — 30,0, конечность — 76,7. Опыт работы и анализ более чем 1000 историй болезни таких пострадавших, помощь которым была оказана в нашей клинике, позволил определить основные пути улучшения стационарной по-

мощи на современном этапе, среди которых нами выделены приоритетные направления ее совершенствования:

- максимальное приближение стационара к месту происшествия;
- определение минимума диагностических мероприятий для постановки точного диагноза и исключения тяжелых ошибок при их осуществлении;
- сведение к минимуму этапности и сроков оказания всех видов хирургической помощи;
- определение четкого временного промежутка после травмы, за который должен быть оказан оптимальный объем этой помощи;
- возможность выполнения раннего остеосинтеза у таких пострадавших;
- методы этого остеосинтеза (накостный, интрамедулярный, использование аппаратного остеосинтеза) и последовательность оперативного лечения.

Следует остановиться на каждом из указанных направлений подробнее на примере анализа работы экстренной службы ГКБ №1.

Территория и расположение клиники позволяют принимать значительное число пострадавших. Расположение ее на одном из крупных проспектов столицы, Ленинском, и наличие на территории подстанции скорой медицинской помощи делает возможным достаточно быструю доставку пострадавших в стационар. Немаловажен и тот факт, что в состав ежедневной дежурной бригады травматологического корпуса входит бригада хирургов, нейрохирургов, офтальмологов, оториноларингологов, челюстно-лицевого хирурга, терапевта, травматологов.

В состав травматологической бригады по оказанию экстренной круглосуточной медицинской помощи входят ответственный травматолог, который контролирует в целом работу корпуса по оказанию экстренной помощи, решая при этом как тактические, так и организационные во-

просы, два врача операционного блока, врач-травматолог приемного отделения, травматолог по лечению больных, уже находящихся в стационаре. Отметим, что за последние 5 лет квалификация специалистов, входящих в состав дежурной бригады травматологов, значительно выросла. Так, среди врачей, оказывающих экстренную медицинскую помощь, 9 кандидатов медицинских наук, 9 врачей высшей и первой категории, 5 сотрудников кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, владеющих в полном объеме всеми методами современного остеосинтеза. Такой кадровый подход в полной мере обеспечивает реализацию основных принципов, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП, детальную отчетность действий при тактической оценке ситуации у каждого конкретного пострадавшего с тяжелой поли- и сочетанной травмой.

В настоящий момент в клинике принята следующая тактика: минимум транспортировки — обследование пациента всеми специалистами в условиях реанимационного зала. Если в приемный покой все же доставлен больной, у которого нарушение жизненно важных функций еще не очевидно, но обстоятельства травмы и предварительный осмотр позволяют предположить тяжелое течение травматической болезни, то его сразу направляют в реанимационный зал, где проводится обследование и лечение. В реанимационном зале есть все необходимое для выполнения таких лечебных и диагностических мероприятий, как интубация оротрахеальная или назотрахеальная, трахеостомия, катетеризация периферических или центральных вен, торакоцентез, лапароскопия, люмбальная пункция, наложения скелетного вытяжения.

За последние 5 лет в нашей клинике все пострадавшие в результате ДТП независимо от тяжести травмы обязательно осматриваются тремя специалистами одновременно: травматологом, нейрохирургом и хирургом. При этом, помимо рентгенологических исследований, всем пациентам сразу при поступлении выполняется УЗИ органов брюшной и грудной полости, КТ головного мозга. Если при рентгенологическом исследовании выявляются повреждения костей таза или тяжелые внутрисуставные повреждения коленного, локтевого, плечевого, голеностопного суставов, то сразу при поступлении выполняется КТ соответствующих сегментов, а с недавнего времени при необходимости и МРТ суставов. В обязательном порядке всем больным выполняется ЭКГ, пациенты старше 65 лет и с отягощенным соматическим анамнезом осматриваются терапевтом.

При оказании первой медицинской помощи выделяется понятие «золотой час», как время, в течение которого наиболее реально спасти жизнь тяжелым пострадавшим на доврачебном этапе. На этапе стационарного лечения понятие временного промежутка до сих пор не лимитировано, нет четкой стандартизации полного объема медицинских мероприятий, которые обязаны провести уже квалифицированные специалисты стационара [3]. В I полугодии 2012 г. госпитализировано после ДТП более 285 человек ($p < 0,01$), из них с сочетанной травмой 149, проведено более 200 оперативных вмешательств ($p < 0,05$), в том числе при множественной травме 5, при сочетанной травме 130, при нейротравме 12. Из числа пострадавших умерли в стационаре в течение 7 сут 2 человека, в течение 30 сут один.

Переломы таза стабилизировали с помощью С-рамы или аппаратов внешней фиксации. С-рама использована у 25 пациентов, аппарат внешней фиксации для переднего полукольца таза — у трех. Основным критерием выбора методов остеосинтеза конечностей была тяжесть травматического шока и наличие сопутствующих повреждений

(тупой травмы живота, черепно-мозговой травмы). При травматическом шоке 3-й степени, при тяжести травмы по шкале TS не более 7 баллов, при внутрибрюшном кровотечении и тяжелой травме грудной клетки предпочтение отдавалось методам наружной фиксации стержневыми аппаратами как более быстро выполняемой методике стабилизации. При этом основная цель такого остеосинтеза не репозиция, а именно стабилизация повреждения. Так, наложение стержневого аппарата при поперечном оскольчатом переломе костей голени занимает 15—25 мин. Аппараты внешней фиксации использованы для стабилизации конечностей у 137 пациентов с тяжелой сочетанной травмой. У 19 больных выполнялся остеосинтез одновременно с лапаротомией и трепанацией черепа, так как методика наложения стержневого аппарата подразумевает минимальную кровопотерю. Если состояние пациента стабильно, гемодинамические показатели компенсированы, то использовался интрамедуллярный остеосинтез, для выполнения которого в нашей клинике применялись стержни с блокированием, что позволило получить стабильную фиксацию и точную репозицию на любом уровне. Интрамедуллярный остеосинтез был использован у 22 пациентов. При наличии у одного пациента нестабильных переломов верхней и нижней конечности выполнено одноэтапное вмешательство на двух сегментах параллельно двумя бригадами травматологов (12 больных).

Таким образом, выполнение раннего остеосинтеза крупных сегментов, введенного в нашей клинике, за последние годы привело к существенному сокращению длительности госпитализации и снижению летальности, о чем говорят статистические данные, что особенно актуально при сегодняшней экономической ситуации и ведет к сокращению бюджетных расходов на лечение этих пациентов. Так, если в 1994 г. длительность госпитализации в травматологическом отделении была 16 койко-дней, то в 2004 г. — 13,8, в 2009 г. — 13,4, а в 2012 г. — 9,8. Летальность в 2010 г. была 1,17, в 2012 г. снизилась до 0,3.

Основываясь на этих данных, мы считаем, что всем пациентам с поли- и сочетанной травмой должна производиться стабилизация крупных сегментов путем остеосинтеза в 1-е сутки с момента поступления после соответствующих реанимационных мероприятий и стабилизации жизненных функций (гемодинамики). Отказ от активной тактики должен быть четко обоснован на консилиуме специалистов — реаниматолога, анестезиолога, ответственного травматолога, а также ответственного врача другой специальности (хирург, уролог, нейрохирург); должен быть решен вопрос о том, какая патология является в каждой конкретной ситуации преобладающей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Интервью с руководителем Минздравсоцразвития РФ Татьяной Голиковой. Тематическое приложение к газете «Коммерсант». 2010; 33: 29 сентября.
2. Нормативные документы и комментарии. Здравоохранение. 2009; 7: 105—9.
3. Миронов С.П., Маттис Э.П., Троценко В.В. Концепция первого этапа стандартизации в травматологии и ортопедии. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2006; 2: 5—8.
4. Леонов С.А., Огрызко Е.В., Андреева Т.М. Динамика основных показателей автотранспортного травматизма в Российской Федерации. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2009; 3: 86—91.
5. Щедренко В.В., Гуманенко Е.К., Могучая О.В. Организация медицинской помощи пострадавшим с сочетанной черепно-мозговой травмой в городах с разной численностью населения и пути ее совершенствования. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2008; 1: 3—6.
6. Шмидт И.З., Кашигина Е.А., Литвина Е.А., Сухов С.Б. Опыт лечения политравмы в реанимационном отделении травматологической клиники. Вестник Российского государственного медицинского университета. 2003; 5: 6—10.

REFERENCES

1. Interview to the head of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation Tatyana Golikova. *Tematicheskoe prilozhenie k gazete «Kommersant»*. 2010; 33; 29 sentyabrya (in Russian).
2. Normative documents and comments. *Zdravookhranenie*. 2009; 7: 105—9 (in Russian).
3. *Mironov S.P., Mattis E.P., Trotsenko V.V.* The concept of the first stage of standardization in traumatology and orthopedics. *Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova*. 2006; 2: 5—8 (in Russian).
4. *Leonov S.A., Ogryzko E.V., Andreeva T.M.* Dynamics of the main indicators of road traumatism in the Russian Federation. *Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova*. 2009; 3: 86—91 (in Russian).
5. *Shchedrenok V.V., Gumanenko E.K., Moguchaya O.V.* The organization of medical care by the victim with the combined craniocerebral trauma in the cities with different population and ways of its improvement. *Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova*. 2008; 1: 3—6 (in Russian).
6. *Shmidt I.Z., Kashigina E.A., Litvina E.A., Sukhov S.B.* Experience of treatment of a polytrauma in resuscitation unit of traumatologic clinic. *Vestnik Rossijskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta*. 2003; 5: 6—10 (in Russian).

Поступила после доработки 27.07.13

© М.А. ГАМЗАЕВ, 2014

УДК 616.12-008.331.1-055.2-058:614.2

*М.А. Гамзаев**

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева Минздрава
Азербайджанской Республики, 1012, Баку, Республика Азербайджан

*Гамзаев Мехман Агаверди оглы. E-mail: mekhman_az@hotmail.com

♦ С помощью медико-социального проспективного исследования изучали особенности формирования и распространенность артериальной гипертонии (АГ), а также ее значимость в снижении репродуктивного потенциала женщин. При анкетировании выявили наличие АГ у $28,7 \pm 0,9\%$ женщин, причем чем они были старше, тем чаще у них отмечались более тяжелые формы АГ. На фоне АГ среди женщин в среднем в 1,91 раза чаще наблюдаются различные репродуктивные потери. Среди факторов риска формирования АГ прежде всего следует назвать напряженность в семейных отношениях, недостаточную физическую активность, избыточную массу тела и чрезмерное употребление соленых (соль). Устранением данных факторов риска можно не только ограничить распространенность АГ среди женщин, но и снизить обусловленные ею репродуктивные потери.

Ключевые слова: социологическое исследование; репродуктивные потери; артериальная гипертония

M.A. Gamzayev

THE ARTERIAL HYPERTENSION IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

The A. Aliyev state institute of post-graduate education of physicians of Minzdrav of the Republic of Azerbaijan,
1012 Baku, the Republic of Azerbaijan

♦ The prospective medical social study was implemented to research the characteristics of formation and prevalence of arterial hypertension and its significance if decreasing reproductive potential of women. The analysis of results of questionnaire survey established that $28.7 \pm 0.9\%$ of women suffered from arterial hypertension. At that, the older were women the more frequently the more severe forms of arterial hypertension were diagnosed. In women, against the background of arterial hypertension, various reproduction losses were observed 1.91 times more often. The family relationship stress, insufficient physical activity, surplus body mass and excessive consumption of curring (salt) are among major risk factors of formation of arterial hypertension. The elimination of these risk factors can both limit prevalence of arterial hypertension among women and decrease reproduction losses conditioned by this disease.

Keywords: sociological survey, reproduction losses, arterial hypertension

Артериальная гипертония (АГ) относится к основным проблемам современной медицины, являясь в общей популяции значимой причиной фатальных осложнений и связанных с ними инвалидизации и смертности. Широкая эпидемическая распространенность и системное воздействие на здоровье, снижение трудоспособности и качества жизни населения превращают это заболевание в одну из ключевых глобальных медико-социальных проблем. АГ у женщин является наиболее распространенным хроническим заболеванием сердечно-сосудистой системы, достигающим 50% в общей женской популяции [1—4].

По данным ВОЗ, гипертензивный синдром — вторая после эмболии причина материнской смертности, составляющая 20—30% в его структуре. Перинатальная смертность (30%) и преждевременные роды (10—12%) у беременных, страдающих хронической гипертонией, значительно превышают соответствующие показатели у беременных без нее. АГ увеличивает риск отслойки нормально расположенной плаценты и может быть причиной нарушения мозгового кровообращения, отслойки сетчатки, эклампсии и массивных кровотечений [5—7].

АГ встречается у 15—20% беременных, с ней связано большое количество осложнений беременности и родов. Так, у женщин с имевшейся до беременности АГ частота мертворождаемости составляет 3,8%, преждевременных родов — 15,3%, внутриутробной задержки развития плода — 16,6%, угрожающего состояния плода — 25,8% [8, 9].

Среди женщин в пременопаузальном периоде характерно появление кардиальных и церебральных расстройств и начальных признаков снижения умственной работоспособности. При менопаузе дополнительно наблюдаются тревожно-депрессивные расстройства, снижение парасимпатической активности вегетативной нервной системы. По мере развития у женщин постменопаузального метаболического симптомокомплекса нарастает тяжесть АГ с формированием тревожно-депрессивного расстройства, вегетативной дисрегуляции и снижением психической работоспособности [2, 3, 10, 11]. Особенно выраженное воздействие на репродуктивное здоровье женщин оказывает АГ в сочетании с ожирением [12—14]. Поэтому требуются изучение распространенности АГ среди женщин, особенностей ее формирования, изыскание безопас-