

Уральский медицинский журнал. 2022. Т. 21, № 2. С. 93-96.
Ural medical journal. 2022; Vol. 21, no 2. P. 93-96

Материалы конференции
УДК: 617.3:614.21
DOI: 10.52420/2071-5943-2022-21-2-93-96

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТРАВМОЙ В ГОРОДСКОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Юрий Валерьевич Антониади

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Екатеринбург, Россия
antoniadi@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1011-2818>

Аннотация

В работе представлен анализ оказания специализированной травматологической помощи пациентам с травмой на примере работы травматологического стационара городской многопрофильной больницы за период с 2017 по 2019 гг., описан внедренный в клиническую практику алгоритм оказания специализированной медицинской помощи пациентам с травмой на госпитальном этапе. Внедрение разработанного алгоритма оказания специализированной помощи пациентам с травмой позволяет существенно сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, снизить показатели среднего койко-дня в травматологических отделениях, увеличить операционную активность, а также сократить послеоперационную летальность в травматологическом стационаре.

Ключевые слова: травматология, специализированная помощь, алгоритм.

Для цитирования: Антониади, Ю. В. Оказание специализированной медицинской помощи пациентам с травмой в городском многопрофильном стационаре // Уральский медицинский журнал. – 2022. – Т. 21, № 2. – С. 93-96. – <http://doi.org/10.52420/2071-5943-2022-21-2-93-96>.

@ Антониади Ю.В.
@ Antoniadi Yu.V.

**PROVISION OF SPECIALIZED MEDICAL CARE TO TRAUMA PATIENTS
IN AN URBAN MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL**

Yuri V. Antoniadi

Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia
antoniadi@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1011-2818>**Abstract**

The paper presents an analysis of the provision of specialized trauma care to trauma patients using the example of the trauma hospital of an urban multidisciplinary hospital for the period from 2017 to 2019, describing the algorithm for providing specialized medical care to trauma patients at the hospital stage implemented in clinical practice. Implementation of the developed algorithm for providing specialized care to patients with trauma allows us to significantly reduce the length of hospital stay, decrease the average bed-day rates in trauma departments, increase surgical activity, and reduce postoperative mortality in the trauma hospital.

Keywords: traumatology, specialized care, algorithm.

For citation:

Antoniadi, Yu. V. Provision of specialized medical care to trauma patients in an urban multidisciplinary hospital // Ural medical journal. – 2022. – Vol. 21 (2). – P. 93-96. – <http://doi.org/10.52420/2071-5943-2022-21-2-93-96>.

ВВЕДЕНИЕ

Оказание специализированной травматологической помощи населению является актуальной проблемой современной медицины. В последнее десятилетие отмечен рост травматизма в структуре общей заболеваемости с 84,0 до 89,6 на 1 000 населения с преобладанием более тяжелых и сочетанных повреждений, приводящих к инвалидности и смертности. Увеличилась частота травм черепа, позвоночника до 12,1%, частота переломов костей конечности достигла 18,5% [1-6].

Травма стала стабильно занимать одно из первых мест в смертности населения трудоспособного возраста. Временная утрата трудоспособности от травмы занимает второе место среди всех причин [1, 4, 5, 6]. Первичный выход на инвалидность по причине последствий травмы составляет 15%, общая инвалидность возросла до 30% [4, 5]. С конца 90-х годов продолжает неуклонно расти частота автодорожной травмы, что связано с резким увеличением в стране автопарка, повышением скорости передвижения транспортных средств. В структуре травмы на сегодняшний день дорожный травматизм составляет в среднем 136,8 на 100 000 человек [1, 4, 5, 6]. Политравма сопровождается значительной смертностью (до 8,6%), причем из этой группы 70% больных погибает впервые 36 часов после происшествия [4, 5, 6]. Выжившие больные находятся на длительном стационарном и амбулаторном лечении, общий срок лечения составляет более 8 месяцев [2, 3, 4].

Цель работы — на основе многофакторного анализа оказания специализированной помощи в городском многопрофильном стационаре разработать алгоритм оказания специализированной помощи при травме на госпитальном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В структуре обращений в стационар ГБ № 24 преобладает бытовой и уличный травматизм. Транспортная, спортивная и производственная

травмы остаются на относительно невысоком с незначительными колебаниями составляют 5,3%, 0,49% и 2,9% соответственно. Наибольшее число травмированных после ДТП пришлось на трудоспособный возраст. Средний возраст пострадавших составил 49,5 лет. Соотношение мужчин и женщин: 62,6%, 37,4% соответственно. Большинство пациентов (до 75%) доставлены в приемный покой стационара бригадами скорой медицинской помощи. Стационар обслуживает закрепленные районы г. Екатеринбурга. Основная масса больных после ДТП поступила из закрепленных районов города: Чкаловский (23,7%) и Ленинский (15,2%).

Анализ работы стационара травматологической службы показал, что фактически в 2019 году пролечено 4906 пациентов, в 2018 году — 4560 человек, в 2017 году — 4753 человека. В 2019 году в стационаре проведено 56 545 койко-дней, в 2018 году — 57 118 дней, в 2017 году — 57286 дней. Средний койко-день по травматологической службе в 2019 году составил 11,5 дней при плане 12,4 дней, в 2018 году показатель составил 12,2 дней при плане 12,2, в 2017 году — 11,3 дней при плане 11,4.

В приемный покой травматологического стационара в 2019 году обратилось 11975 человек, в 2018 году — 12750 человек, в 2017 году — 11982 человека. Госпитализировано в стационар в 2019 году 4773 больных, в 2018 году — 5462 больных, в 2017 году — 4789 больных, что составило 39,9%, 42,8%, 40% соответственно от обратившихся в приемный покой. Распределение пациентов по социальному составу в целом отражает реальную тенденцию распределения населения в урбанизированном центре [4]. Наибольшее число травмированных приходилось на трудоспособный возраст 20-59 лет. Показатель хирургической активности в 2019 году составил 61,9%, в 2018 году — 60,5%, в 2017 году — 62,6%. В 2019 году общая летальность в хирургическом стационаре составила 2,2%, в 2018 году — 2,7%; в 2017 году — 2,4%. В 2019 году умерло в отделениях стационара хирур-

гической службы 107 человек, в 2018 году — 127 человек; в 2017 году — 114 человек. Отмечается тенденция к увеличению летальности, что можно объяснить увеличением пациентов пожилого возраста с тяжелой сопутствующей соматической патологией, а также тяжелыми черепно-мозговыми травмами и сочетанными повреждениями. Для сравнения летальность по РФ составила 3,2%, в Свердловской области — 2,7% [4].

С целью оптимизации помощи больным с травмой нами разработан Алгоритм оказания специализированной помощи больным с травмой, который включает в себя первичный осмотр, комплексное обследование и выбор оперативного или консервативного лечения. Определяется место лечения пациента и как заключение — план его реабилитации.

Диагностические мероприятия выполняются в следующей последовательности:

1. Выяснение жалоб пострадавшего (при сохранении его сознания).
2. Сбор анамнеза (паспортные данные, обстоятельства травмы, *anamnesis vitae*).
3. Общий осмотр пострадавшего (общий статус, определение состояния жизненно важных функций организма), осмотр совместно с анестезиологом-реаниматологом при тяжелом состоянии больного.
4. Определение локального статуса пострадавшего (осмотр, пальпация, перкуссия поврежденного сегмента, в т.ч. в сравнении со здоровыми сегментами соответственно).
5. Рентгенография поврежденных сегментов в двух проекциях.
6. КТ-исследование.
7. При отсутствии флюорографического исследования (срок исследования один год) — рентгенография грудной клетки.
8. Лабораторная и инструментальная диагностика (ОАК, ОАМ, анализ крови или выдыхаемого воздуха на содержание алкоголя; по показаниям — определение групповой принадлежности крови, биохимический анализ крови, ЭКГ, компьютерная томография поврежденного сегмента, взятие биологических материалов больного на бактериальный посев для определения микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам).
9. Консультации смежных специалистов — хирурга, нейрохирурга, терапевта (при наличии сопутствующей патологии).
10. Анализ результатов обследования, формулирование предварительного диагноза.
11. Определение лечебной тактики.

12. Выполнение лечебных манипуляций, операций.

13. Перевод больного на лечение в отделение анестезиологии и реанимации, профильное отделение или направление его на амбулаторное лечение по месту жительства.

ОБСУЖДЕНИЕ

Применение разработанного алгоритма оказания помощи позволило сократить койко-день в стационаре травматологического профиля с 12,4 до 11,5 дней в 2019 году, для сравнения средний койко-день в стационарах травматологического профиля в Свердловской области составил 11,8 дней, в Российской Федерации — 12,1 дня [4]. Показатель хирургической активности в отделениях травматологического стационара на протяжении последних трех лет имеет тенденцию к увеличению. Самая низкая хирургическая активность в нейрохирургическом отделении — 33,6%, в то время как данный показатель в аналогичных отделениях медицинских организаций Свердловской области составляет 22,3%, а в Российской Федерации — 21,4% [4]. Самый высокий показатель хирургической активности сохраняется в ортопедическом отделении — 92,4%. Послеоперационная летальность в травматологическом стационаре в 2019 году составила 1,3%, снизившись по сравнению с 2018 годом (2,5%) в 1,9 раза, по сравнению с 2017 годом (2,9%) — в 2,2 раза. В аналогичных стационарах Свердловской области и Российской Федерации показатель послеоперационной летальности составляет 2,8% и 1,9% соответственно [4]. Снижение данного показателя подтверждает эффективность внедренного алгоритма и рациональный подход к оперативному лечению пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение разработанного алгоритма оказания специализированной помощи пациентам с травмой, применение новых высокотехнологичных методик лечения повреждений опорно-двигательного аппарата в условиях городского многопрофильного стационара позволило существенно сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, снизить показатели среднего койко-дня в травматологических отделениях, увеличить операционную активность. Рациональный подход в лечении пациентов с травмой позволил сократить послеоперационную летальность в травматологическом стационаре.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ермилов, В. С. Проблема производственного травматизма в Российской Федерации / В. С. Ермилов, Е. В. Кулакова // Вестник Студенческого научного общества. – 2018. – Т. 9, № 2. – С. 160-162.
2. Динамика травматизма среди взрослого населения Российской Федерации / Миронов С. П., Еськин Н. А., Андреева Т. Н. [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2019. – № 3. – С. 5-13. – <https://doi.org/10.17116/vto20190315>.
3. Оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на федеральных автодорогах в Свердловской области / Попов В. П., Рогожина Л. П., Кашеварова Л. Р., Медведева Е. В. // Госпитальная медицина: наука и практика. – 2019. – Т. 1, № 3. – С. 16-20.
4. Россия в цифрах. 2018. Краткий статистический сборник. Официальное издание / Федеральная служба государственной статистики (Росстат). – Москва, 2018. – 552 с. [Электронный ресурс]. – URL: www.gks.ru
5. Фаттахов, Т. Дорожно-транспортный травматизм в России и факторы его возникновения / Т. Фаттахов // Аист на крыше. Демографический журнал. – 2017. – № 5 (5). – С. 30-39.
6. Яковлев, В. А. Анализ производственного травматизма на территории Российской Федерации по отраслям / В. А. Яковлев, Д. А. Бережнов // Евразийское Научное Объединение. – 2021. – № 3-4(73). – С. 385-386.

Сведения об авторах:

Ю.В. Антониади — доктор медицинских наук

Information about the authors

Yu.V. Antoniadis — Doctor of Medicine

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflicts of interests. The authors declare no conflicts of interests.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Этическая экспертиза. Не требуется.

Ethics approval. Not required.

Информированное согласие. Не требуется.

Informed consent. Not required.

Статья поступила в редакцию 09.03.2022; одобрена после рецензирования 13.03.2022; принята к публикации 28.03.2022.

The article was submitted 09.03.2022; approved after reviewing 13.03.2022; accepted for publication 28.03.2022.