

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Ю.В. Антониади

Центральная городская клиническая больница № 24

Введение. Оказание квалифицированной и 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 1000 населения с преобладанием более тяжелых и сочетанных повреждений, приводящих к инвалидности и смертности [4, 5, 7, 8]. Увеличилась частота травм черепа, позвоночника до 12,1 %, частота переломов костей конечности достигла 18,5% [1, 2]. Травма стала стабильно занимать одно из первых мест в смертности населения трудоспособного возраста. Временная утрата трудоспособности от травмы, среди всех причин, занимает второе место. Первичный выход на инвалидность по причине последствий травмы составляет 15%, общая инвалидность возросла до 30% [1, 3, 4, 6, 7]. Продолжает неуклонно расти с конца 90х годов автодорожная травма, 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 100000 человек. Этот вид травмы наиболее тяжелый, сопровождается значительной смертностью (до 8,6%), причем из этой группы 70% больных погибает впервые 36 часов после происшествия. Выжившие больные находятся на длительном стационарном и амбулаторном лечении, общий срок лечения составляет более 8 месяцев [3,4,6].

Цель работы – на основе многофакторного анализа оказания специализированной помощи в городском многопрофильном стационаре МБУ ЦГКБ № 24 определить наиболее острые проблемы и предложить пути их решения для улучшения качества лечения травмированных больных.

Материалы и методы. МБУ ЦГКБ № 24 - является одним из крупнейших лечебно-профилактических учреждений г. Екатеринбурга и Свердловской области, где оказывается круглосуточно неотложная травматологическая и нейрохирургическая помощь, проводится консер-

вативное и хирургическое лечение больных ортопедо-травматологического профиля. Дежурная бригада состоит из 9 врачей 5 специальностей (два врача-травматолога-ортопеда, нейрохирург, анестезиолог-реаниматолог, полостной хирург, ортопед). Из состава дежурной бригады выделяется ответственный врач, осуществляющий координацию работы всей бригады. Экстренные оперативные вмешательства выполняются на первом этаже в 2-х операционных, оборудованных 4-мя операционными столами. Плановые операции проводятся в плановом операционном блоке, в состав которого входят 2 операционные, оборудованные 4-мя столами, современным диагностическим и электросиловым оборудованием. Хирургический стационар больницы рассчитан на 190 коек, из них 65 коек принадлежат отделению скелетной травмы, 40 – отделению сочетанной травмы, 40 –нейрохирургическому и 45 – ортопедическому отделением.

Структурные подразделения хирургического корпуса обслуживают закрепленные районы г. Екатеринбурга (Чкаловский, Ленинский район, часть Железнодорожного). Муниципальный заказ по пролеченным больным ежегодно выполняется по травматологической службе по всем показателям. Фактически в 2011 году было пролечено 4893 пациента (109,1%), в 2010 году пролечено 4784 пациентов (108,4%), в 2009 году прочено 4391 больных (104,5% от муниципального заказа). Распределение пациентов по социальному составу в целом отражало реальную тенденцию распределения населения в урбанизированном центре. Наибольшее число травмированных приходилось на трудоспособный возраст 20 – 59 лет, при этом мужчины составили большинство пострадавших (58,2%).

Оценку эффективности лечения травмированных больных проводили при выписке и на контрольных явке через 3, 6, и 12 месяцев с момента травмы, оценивали функциональное состояние поврежденных конечностей, смежных суставов, качество жизни больных (шкала Харриса и SF36), наличие признаков сращения, стабильность металлофиксаторов и эндопротезов. Использовали клинический, рентгенологический и статистический методы исследования.

Обсуждение и результаты. В приемный покой хирургического стационара больницы в 2011 г. обратилось 11290 человек, госпитализировано в стационар хирургического корпуса 4919 больных, что составило 43,6 % от обратившихся в приемный покой; отказано в госпитализации 6371человеку (56,4%). Отмечено увеличение количества больных, доставленных в приемный покой хирургического корпуса бригадами скорой медицинской помощи: с 59,5% в 2009 году до 64,0% в 2011 году. Одновременно произошло уменьшение больных обратившихся само-

стоятельно: с 16,5% в 2009 году до 4,2% в 2011 году. В структуре преобладал бытовой травматизм (26 %), в то время как транспортная травма (7,3%) и спортивная (1,3%) оставались на относительно невысоком уровне. С производственной травмой поступили 3,5% пострадавших, следует отметить, что данный показатель за последние годы существенно снизился. Обращает на себя внимание тенденция к росту обращаемости больных из области – до 24 %. Такая ситуация обусловлена снижением доступности и качества оказания медицинской помощи в ЛПУ Свердловской области.

План койко-дней по травматологической службе в 2011 году составил 64600 дней, фактически в стационаре проведено больными 67566 дней, что составило 104,6 % от плана муниципального заказа. Для сравнения в 2010 году план койко-дней составлял 64600 дней, фактически в стационаре больными проведено 67509 дней (104,5%). В 2009 году план по койко-дням составил 61480 дней, фактически проведено в стационаре 61719 дней (100,4 %). Средний койко-день по хирургической службе в 2011 году составил 13,6 дней при плане 14,4 дня, данный факт свидетельствует о сокращении срока пребывания травмированных больных в стационаре.

Предоперационный койко-день по травматологическому стационару в 2011 году составил 2,1 дня; сокращение предоперационного койко – дня по сравнению с 2010 годом (3,4 дня) обусловлено рациональной организацией лечебного процесса, проведением полного обследования пострадавших при поступлении в приемный покой, согласно разработанному в клинике «Алгоритму оказания квалифицированной медицинской помощи больным, поступившим в приемный покой хирургического корпуса» (Ю.В.Антониади, 2009 г.). Самый короткий предоперационный день в отделении ортопедии (1,7) обусловлен преобладанием поступающих планово пациентов с патологией кисти, прошедших обследование на амбулаторном этапе. Более высокий показатель предоперационного койко-дня был в отделениях нейрохирургии (4,6) и в отделении сочетанной травмы (4,4), что можно объяснить необходимостью более продолжительного тщательного обследования экстренно поступивших больных с сочетанной травмой и нейротравмой, а также необходимостью медикаментозной коррекции их общесоматического состояния.

Показатель хирургической активности последние три года остается стабильно высоким: в 2011 году - 55,5 %, в 2010 году – 54,97 %, в 2009 – 53,9 %. Низкая хирургическая активность в нейрохирургическом отделении (24,7%) обусловлена достаточно большим числом пациентов с закрытой черепно-мозговой травмой (ЗЧМТ), получающих консервативную терапию. Самый высокий процент активности отмечен в ортопедическом

отделении (94,4%), специализирующемся на хирургическом лечении заболеваний и повреждений кисти.

Показатели работы анестезиологической службы остаются стабильными на протяжении нескольких лет. Анестезиологическая активность в 2011 году составила 68,9%, в 2010 году - 69,7%, а 2009 году - 61,1%. Общее количество анестезий в 2011 году было 4226, из них плановых - 2096 (49,6%), экстренных - 2127 (50,4%).

Коллектив хирургического стационара тесно сотрудничает с кафедрами травматологии и ортопедии Уральской государственной медицинской академии, с ведущими НИИ травматологии и ортопедии страны, разрабатываются и внедряются новые способы лечения больных с тяжелой скелетной и сочетанной травмой. Широкое применение в клинике высокотехнологичных методик напрямую связано с оснащением травматологической службы и операционного блока современной аппаратурой (ЭОП, компьютерный томограф), силовым инструментарием, металлофиксаторами, эндопротезами. За последние годы в МБУ ЦГКБ №24 внедрены и используются следующие современные методики хирургического лечения:

- эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста;
- эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов при остеоартрозе;
- протезирование головки лучевой кости современными протезами;
- транспедикулярная фиксация позвоночника при нестабильных компрессионных неосложненных переломах тел грудного и поясничного отделов позвоночника;
- интрамедуллярный остеосинтез с блокированием при переломах диафизарных костей нижних и верхних конечностей;
- лапароскопия при повреждении органов живота и груди;
- пластика дефектов свода черепа титановыми сетками;
- открытый и закрытый остеосинтез ладьевидной кости (кисти) компрессионным винтом « TWINFIX»;
- краниостомия, закрытое наружное дренирование травматических оболочечных гематом с последующим фибринолизом стрептокиназой;
- компьютерная диагностика при тяжелой сочетанной травме, в частности при повреждении органов грудной клетки и брюшной полости.

В 2011 г. общая летальность в хирургическом стационаре составила 2,5 %. Для сравнения в 2010 году общая летальность по травматологической службе составила 2,3%. Увеличение летальности в 2011 году связано с увеличением количества поступивших в стационар с тяжелой

автомобильной травмой. В отделении скелетной травмы летальность в 2011 году достигла 1,3 % (19 пациентов), в основном это были больные старшей возрастной группы с тяжелой сопутствующей соматической патологией, обострение которой после травмы и хирургического вмешательства (остеосинтез, эндопротезирование) привело к декомпенсации состояния, не смотря на проводимую интенсивную терапию. В этом же отделении увеличился показатель послеоперационной летальности с 0,7% до 2,5%, что было обусловлено расширением показаний для хирургического лечения больных старшей возрастной группы с тяжелой сопутствующей патологией. Самый высокий процент летальности отмечен в нейрохирургическом отделении (5,1%) и отделении сочетанной травмы (3,8%), что связано это с поступлением в эти отделения больных с тяжелой множественной и сочетанной травмой.

Внедрение новых высокотехнологичных методик лечения заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата в условиях городского многопрофильного стационара позволило существенно сократить сроки пребывания больных в стационаре, привело к повышению хирургической активности в отделениях, возросли требования к квалификации травматологов-ортопедов. Процент аттестации по хирургической службе у врачей - 75,9%, у среднего медперсонала - 72,3%. Цифры практически не меняются в течение нескольких лет. Все врачи хирургической службы имеют сертификаты по специальности. Всего в травматологической клинике работает 36 врачей, среднего медицинского персонала – 101 человек, младшего медицинского персонала - 59 человек. Процент укомплектованности по службе в 2011 г. составил для врачей - 36%, для медицинских сестер – 58%, для младшего медперсонала – 47%. Следует отметить, что имеется стойкая тенденция к текучести кадров среди среднего и младшего медицинского персонала, что обусловлено спецификой работы (ночные смены, тяжелый контингент больных, низкая заработная плата).

Заключение

Таким образом, анализируя деятельность многопрофильного городского стационара по оказанию специализированной травматологической помощи, можно заключить, что социальное значение травматизма, особенно дорожно-транспортного постоянно возрастает: только за последние десять лет количество травмированных людей увеличилось на 13%. Кроме того, одной из важных социальных и медицинских проблем остается лечение больных пожилого и старческого возраста, остающихся без присмотра, получающих травмы в неприспособленных бытовых условиях (переломы шейки бедренной кости, переломы плечевой кости). Такие пациенты, как правило, поступают через 5-7 дней после травмы, в

состоянии обезвоживания, истощения, и, даже после успешного завершения лечения и активизации, долгое время не находится родственников, способных их забрать домой и осуществлять там должный уход.

Многопрофильный стационар МБУ ЦГКБ №24 выполняет свои задачи и ежегодный муниципальный заказ по лечению больных травматолого-ортопедического профиля в полном объеме. Не смотря на остающуюся острой проблему кадровой укомплектованности врачами, средним с младшим персоналом, высокая квалификация работающих врачей травматологов-ортопедов, нейрохирургов и анестезиологов, хорошее оснащение клиники медицинским оборудованием и инструментарием, позволяют оказывать населению города все виды высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи при травмах и заболеваниях ОДС. За последние годы существенно возрос показатель оперативной активности и снизились показатели среднего койко-дня и предоперационного койко-дня в травматологических отделениях, что обусловлено внедрением в клинику новых малоинвазивных методик остеосинтеза, эндопротезирования крупных суставов. Использование деротационных устройств из деталей аппарата Илизарова (ДРУ), ЭОПа при репозиции, а также компьютерной томографии и лапароскопии позволяет улучшить диагностику и лечение повреждений. Больные активизируются на 2-3 сутки после операций. Показатели общей и послеоперационной летальности находятся на низком уровне, соответствующем общероссийским статистическим показателям и свидетельствуют о высоком качестве оказываемой помощи населению.

Литература

1. Андреева Т.М., Огрызко Е.В., Редько И.А. Травматизм в Российской Федерации в начале нового тысячелетия// Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова № 2, 2007, С. 59 – 63.
2. Корнилов Н.В., Шапиро К.И. Актуальные вопросы организации травматолого - ортопедической помощи населению// Травматологи и ортопедия России. 2002. № 2 С.35-38.
3. Леонов С.А., Огрызко Е.В., Андреева Т.М. Динамика основных показателей автодорожного травматизма в Российской Федерации// Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова № 3, 2009, С. 88 – 91.
4. Марчинкова Л.О., Серкова Е.В. Первичная инвалидность вследствие травм в Курганской области// Геней ортопедии № 2, 2008. С. 31-34.
5. Миронов С.П., Еськин Н.А., Андреева Т.М. Состояние специализированной травматолого-ортопедической помощи пострадавшим от травм и больным с патологией костно-мышечной системы // Вестник травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова № 1, 2010, С. 3-8.

6. Теодоридис К.А. Медико-социальные аспекты дорожных транспортных несчастных случаев в России: Автореферат докторской диссертации. М. 2001. 58 с.

7. Тихилов Р.М., Воронцова Т.Н., Лучанинов С.С. Динамика основных показателей временной утраты трудоспособности при травмах и болезнях костно-мышечной системы у населения Ленинграда – Санкт – Петербурга (итоги тридцатилетнего мониторинга, проведенного с 1976 по 2008 г.). // Травматология и ортопедия России, № 3(53), 2009, С. 70-77.

8. Шевцов В.И. Состояние ортопедо - травматологической помощи в Уральском федеральном округе // Материалы первого съезда травматологов – ортопедов уральского федерального округа. Екатеринбург. 1-3 июня, 2005. С 26 – 28.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ТАЗА МАЛОИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДИКАМИ

Ю.В. Антониади, В.А. Крылов

Центральная городская клиническая больница № 24

Актуальность. Лечение переломов костей таза является актуальной проблемой травматологии. Переломы костей таза встречаются в 7—10% случаев закрытой травмы с переломами костей, а в 15-30,7% тяжелые переломы таза сочетаются с повреждениями органов брюшной полости и малого таза. Наиболее часто причиной переломов таза являются высокоэнергетические травмы, связанные с наездом автомобиля на пешехода, со сдавлением таза, падением с большой высоты. Так, по данным М.С. Klein (1992) [3] 50% больных получили переломы таза в результате автоаварий, а 26% — были сбиты автомашинами. Г. Н. Цыбуляк (1994) [2] в качестве одной из причин тяжелых переломов таза называет сдавление таза при обвалах в горнодобывающей промышленности. Летальность вследствие тяжелых повреждений составляет 10 – 18 %, причем в 4 % причиной летальности является внутреннее кровотечение, инвалидность при травме таза составляет 25 – 65,7 %, а неудовлетворительные результаты лечения достигают 20 – 74 %.

Наряду с методами консервативного, значительное распространение получили методики хирургического лечения переломов костей таза. Показаниями для них как правило служат нестабильные повреждения тазового кольца (тип В и тип С, согласно классификации М. Tite, 1987 [2]). Среди методик оперативного лечения пациентов с повреждениями