

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО СТАЦИОНАРА

Антониади Ю.В.¹, Фадеев М.Г.¹ Волокитина Е.А.,² И.Е.Барац²
Центральная городская клиническая больница № 24, г. Екатеринбург¹
Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург²

Актуальность. В последние десятилетия травматизм стабильно занимает третье место в структуре заболеваемости населения, как России, так и большинства стран мира. Большой процент травматических поражений (10,9%) приходится на переломы костей верхней конечности, при этом инвалидность от последствий травм достигает 15%. В 90-ые годы прошлого столетия, в результате имевшегося недофинансирования медицинских учреждений, недостаточной укомплектованности больниц и поликлиник медицинским персоналом, высоких тарифов на медикаменты, качественные показатели работы травматологической службы были существенно снижены. Для повышения результативности лечения больных, снижения процента их инвалидизации от травм в 2007-2009 годы в Екатеринбурге стартовал муниципальный стратегический подпроект "Совершенствование травматологической помощи жителям города", в результате которого удалось существенно улучшить техническое оснащение отделений травматологии и реанимации. В ЦГКБ №24 были внедрены новые диагностические (ультрасонография, компьютерная томография, эндоскопия) и лечебные технологии (интрамедуллярный блокирующий и наконечный остеосинтез современными фиксаторами, имплантация искусственных суставов). Целью данной работы явилась разработка современной модели оказания специализированной помощи больным с травмой верхней конечности в условиях городского стационара.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе Центральной городской клинической больницы № 24. Коечная мощность хирургического корпуса (отделение скелетной травмы (65 коек), отделение сочетанной травмы (40 коек), ортопедическое (45 коек), нейрохирургическое (40 коек) и отделение анестезиологии и реанимации (18 коек)) составляет 190 коек, на которых по поводу травм и заболеваний опорно-двигательной системы обслуживаются жители Чкаловского, Ленинского и частично Железнодорожного районов. В 2007 году было пролечено 4779 больных (106,8% от муниципального заказа), в 2008 году - 3493 больных (112,8%), в 2009 году - 4391 больных (104,5%). Больные с травмой верхней конечности составили в 2007 году 5,38% (257 случаев), в 2008 году - 5,9% (206 случаев), в 2009 году - 7,17% (315 случаев). При этом переломы плечевой кости составили 44,7-55,8%, костей предплечья - 35,9-43,2%, ключицы - 8,3-17,1%. Все больные при поступлении были обследованы клинически, выполнено рентгенологическое, физиологическое (измерение АД, ЭКГ) и лабораторное обследование.

Результаты исследований. Для улучшения диагностики и лечения поврежденной верхней конечности в клинике разработан алгоритм оказания ква-

лифицированной медицинской помощи больным, поступившим с травмой в приемный покой хирургического корпуса. Общие положения алгоритма включают обязательные диагностические процедуры (выяснение жалоб и анамнеза, осмотр, рентгенологическое, инструментальное и лабораторное обследование, консультации смежных специалистов), анализ результатов обследования, формулирование предварительного диагноза и определение лечебной тактики. В зависимости от вида повреждения в алгоритме представлен объем лечебных мероприятий. Так при закрытых повреждениях верхних конечностей в условиях приемного покоя выполняется блокада мест повреждений местными анестетиками, назначаются анальгетики, проводится одномоментная ручная репозиция и внешняя фиксация гипсовыми или мягкими повязками. При открытых переломах костей конечностей проводится профилактика столбняка, отделяемое из раны отправляется на бактериальный посев для определения микрофлоры, при необходимости выполняется реанимационное пособие, гемотрансфузия, фуллярная новокаиновая блокада и ПХО раны, которое сочетается с одномоментной закрытой репозицией с фиксацией в гипсовой повязке, чрескостным или погружным остеосинтезом. Из приемного покоя больной госпитализируется в профильное отделение, где, в зависимости от нозологической группы, решается вопрос о дальнейшей лечебной тактике. При травмах костей и суставов верхней конечности в клинике применяются такие высокотехнологичные вмешательства, как эндопротезирование головки лучевой кости и межфаланговых суставов кисти, интрамедуллярный остеосинтез с блокированием при диафизарных и накостный остеосинтез при околосуставных переломах плечевой кости и костей предплечья. Так, за 2007-2009 годы металлостеосинтез с использованием интрамедуллярных и накостных фиксаторов при переломах костей верхней конечности был применен в 378 случаях (плечевая кость-168, кости предплечья, 94, локтевой отросток – 52, ключица- 63), внеочаговый, компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратом Илизарова - в 64 случаях (плечо- 5, предплечье- 59). Следует отметить, что в ЦГКБ №24 чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова (ЧКО) за последние 5-7 лет стал применяться значительно реже: методом выбора при лечении диафизарных переломов стал интрамедуллярный блокирующий остеосинтез. Однако ЧКО по Илизарову остается незаменимой методикой в случаях свежих и застарелых оскольчатых переломов дистального эпиметафиза лучевой кости.

Выводы. Таким образом, в многопрофильном стационаре ЦГКБ №24 выполняется весь комплекс мероприятий по оказанию специализированной помощи больным с травмой верхней конечности. Организационная работа по улучшению оснащения клиники диагностическим и лечебным оборудованием, имплантатами и металлофиксаторами, применение современных методов лечения переломов, наряду с разработкой и внедрением алгоритма оказания квалифицированной помощи, позволило снизить среднюю длительность пребывания больных с травмами в стационаре до 10,8 дней и среднюю длительность нетрудоспособности при травме - до 20 дней.