

6. Федеральные клинические рекомендации «Ведение больных псориазом» / Под редакцией Знаменской Л.Ф., Чикина В.В., Бакулева А.Л., Хобейш М.М., Жиловой М.Б., Олисовой О.Ю. - Москва. – 2015. - 59 с.

7. Хёгер Петер. Г. Детская дерматология / Пер. с нем. под ред. А.А. Кубановой, А.Н.Львова. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. – с.648: ил.

8. Юсупова Л.А. Болезнь Оппенгейма Урбаха. / Л.А. Юсупова, Гараева З.Ш., Мавлютова Г.И., Юнусова Е.И. // Практическая медицина. - 2013. - № 73. - С. 38-41.

9. Behm B. Skin signs in diabetes mellitus. / Behm B., Schreml S., Landthaler M., Babilas P. // J Eur Acad Dermatol Venereol. - 2012. - № 26. - P. 1203-1211.

УДК 617-089.844

**Медовщиков А.С., Афанасьев С.В., Емельянова Л.А.
АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С
ПОЛИТРАВМОЙ**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Medovshchikov A.S Afanasev S.V., Emelyanova L.A.
ANALYSIS OF MEDICAL CARE FOR VICTIMS WITH
POLYTRAUMA**

Department of dermatovenereology and life safety
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: artem-s-med@yandex.ru

Аннотация. В статье описаны причины политравм, особенности патогенеза, собрана статистка по степеням получения политравм и летальности

Annotation. The article describes the causes of polytrauma, features of pathogenesis, collected statistics on the degrees of polytrauma and lethality

Ключевые слова: травма, политравма, множественные, кровотечение, травматическая болезнь, летальность.

Keywords: trauma, polytrauma, multiple, bleeding, traumatic disease, lethality.

Введение

Политравма – разностороннее понятие, включающее в себя множественные, сочетанные и комбинированные травмы с повреждением нескольких анатомических областей или сегментов конечностей с выраженным проявлением синдрома взаимного отягощения, представляющие опасность для жизни или здоровья пострадавшего и требующие оказания неотложной

медицинской помощи. Политравма - это само по себе понятие, которое само определяет состояние пострадавшего как тяжелое, и поэтому неоправданно говорить о тяжелой или легкой политравме.

Согласно статистическим данным Всемирной Организации Здравоохранения тяжелые механические травмы среди причин смертности уступают только опухолям и сердечно-сосудистым заболеваниям, особенно у лиц моложе 45 лет. Травматизм как высокозначимая социально-медицинская проблема до недавнего времени всесторонне изучался лишь под углом зрения изолированных травм. В последние 15-20 лет в результате развития промышленности, в частности автомобильного транспорта и высотного строительства, во всем мире качественно изменилась структура травматизма - значителен рост числа и тяжести политравм, одновременных повреждений в нескольких местах. Заметно участившиеся автодорожные и железнодорожные травмы, падения с высоты являются основными причинами тяжелых политравм, которые в 15-40% случаев приводят к летальному исходу и в 12—15% – к постоянной инвалидности.

Неотложная помощь – это основа медицинской помощи, основанной на солидных знаниях из различных областей медицины, объединенных практическим опытом, и каждый фельдшер, независимо от опыта должен уметь оказать неотложную помощь больному в различном месте и в любое время, в том числе и при катастрофах, в совершенстве владеть практическими навыками по реанимации. Высокий уровень смертности при политравме как на догоспитальном этапе, так и в условиях стационара, а также значительная инвалидизация пострадавших с одной стороны, и, возросшие возможности медицины с другой, являются теми основными причинами, которые заставляют медицинскую науку уделять особое внимание проблеме политравмы.

Цель исследования- На основе клинических рекомендаций по оказанию медицинской помощи пострадавшим с политравмой в чрезвычайных ситуациях от 2015 года ВЦМК «Защита» сформировать представление о политравме методах ее диагностики, сортировки и лечения на разных этапах медицинской эвакуации в мирное время.

Материалы и методы

Основополагающими для данной работы являются клиническая рекомендация ФГБУ ВЦМК «Защита» Оказание помощи пострадавшим с политравмой в чрезвычайных ситуациях от 2015 года. Сбор статистики по политравме у Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области "Территориальный центр медицины катастроф"

Результаты исследования и их обсуждение

Политравма занимает одно из первых мест среди всех травм, требующих неотложной помощи и срочной госпитализации.

Смертность в результате политравмы имеет три основных пика: первый пик летальности приходится на момент самой травмы, что, как правило, вызвана травмой несовместимой с жизнью. Второй пик длится в течение

нескольких часов после возникновения травмы. Именно в этот период частота осложнений и смертность могут быть снижены путем использования алгоритма осмотра и стандарта оказания неотложной помощи при политравме на догоспитальном этапе. Третий пик смертности приходится на госпитальный этап. С внедрением новых технологий и достижениями современной реаниматологии число неблагоприятных исходов снизилось, но остается все еще высоким число глубоко инвалидизированных больных с грубыми неврологическими нарушениями.

По данным 2015 года - более 51% пострадавших, поступивших в поздние сроки, имели различные осложнения, развившиеся на различных этапах эвакуации и оказавших решающее влияние на течение травматической болезни, на ее непосредственный исход и качество жизни больного. Возможно ли предотвратить осложнения, снизить степень инвалидизации, а, следовательно, максимально улучшить исход тяжелой сочетанной травмы? Ответ на этот вопрос напрямую связан со своевременной, адекватной, квалифицированной помощью и, прежде всего, на догоспитальном этапе.

Не смотря на полувековую историю развития и совершенствования помощи на догоспитальном этапе, вопросы о том, когда, где и в каком объеме должна осуществляться неотложная помощь, как и куда транспортировать пострадавшего - не утратили своей актуальности.

Анализ эффективности

В качестве критериев анализа эффективности учитываются следующие параметры: продолжительность времени с момента вызова до времени прибытия машины к месту происшествия. Для пациентов с политравмой среднее время с момента вызова бригады ТЦМК до прибытия в стационар составляет $51 \pm 19,6$ минуту, время доставки колеблется от 15 до 100 минут.

Время, затраченное на оказание неотложной медицинской помощи на месте, имеет более вариабельные значения, и составляет в среднем $17 \pm 7,5$ минут. При этом в подавляющем большинстве (61%) помощь оказывается в течение 15-30 минут, в течение 10 минут помощь получают 32% и 7% обслуживаются в течение более получаса.

Среднее время, затраченное на транспортировку до момента госпитализации, составляет $22 \pm 14,7$ минуты, при этом в течение 5-15 минут госпитализируют 29%, в течение 20-35 минут – 54% и 16,6% в течение 45-60 минут, т.е в подавляющем большинстве (83%) транспортировка занимает до 30 минут.

По имеющимся данным в Свердловской области за 2017 год по сравнению с 2016 годом количество погибших на производстве в организациях Свердловской области уменьшилось на 22,4 процента, количество работников, получивших тяжелых травмы – на 20,8 процента, количество групповых несчастных случаев – на 25,0 процента.

В 2017 году на производстве погибло 59 человек (в 2016 году – 76 человек), произошло 233 тяжелых несчастных случая (в 2016 году – 275

несчастных случая), в результате которых получили тяжелые травмы 251 работника (в 2016 году – 317 работников), и 15 групповых несчастных случая (в 2016 году – 20 групповых несчастных случаев).

Вместе с тем, в 2017 году увеличилось количество погибших на производстве женщин с 2 человек в 2016 году до 7 человек в 2017 году (2 работницы погибли на предприятиях обрабатывающего производства, 3 в организациях, занимающихся операциями с недвижимостью, и по одной в торговле организации, предоставляющей прочие виды услуг).

Количество пострадавших со смертельным исходом за 2017 год уменьшилось в следующих отраслях и сферах деятельности: обрабатывающее производство на 48,3 процента (в 2016 году – 29 человек; в 2017 году – 15 человек); обеспечение электрической энергией, газом и паром; кондиционирование воздуха на 80,0 процента (в 2016 году – 5 человек; в 2017 году – 1 человек); транспортировка и хранение на 60,0 процента (в 2016 году – 5 человек; в 2017 году – 2 человека); образование на 100,0 процента (в 2016 году – 2 человека; в 2017 году – несчастных случаев не было); государственной управление и обеспечение военной обязанности, обязательное социальное обеспечение на 100,0 (в 2016 году – 2 человека; в 2017 году – несчастных случаев не было);

Полнота оценки тяжести состояния больного на месте. Уровень нарушения сознания согласно общепринятой классификации оценивается в 60,7% случаях. Динамика тяжести состояния отражена только в момент госпитализации в виде общей оценки состояния, дополненной в ряде случаев указанием на состояние гемодинамики. Отсутствие оценки либо недооценка тяжести повреждения, отсутствие динамического контроля за тяжестью состояния больного, приводит к некорректному, неполному и формальному выполнению рекомендуемых лечебных мероприятий.

Объем оказанной помощи на догоспитальном этапе. Анализ результатов показал, что в полноценном объеме неотложная медицинская помощь оказывается всего лишь в 30,3% случаев. В подавляющем большинстве объем оказания остается все еще не полным.

Оказание первой помощи при политравме требует решения специфических (по сравнению с изолированной) вопросов. Наибольшая тяжесть состояния отмечается при черепно-мозговых повреждениях. Общее тяжелое состояние пострадавших скрывает клиническую картину повреждений живота и других внутренних органов. Так, очень тяжело протекает сочетанная травма с переломами костей таза, повреждением внутритазовых органов. Особые трудности возникают при сочетанных травмах с повреждением магистральных сосудов и отрывах конечностей. 20-25% пострадавших с политравмой поступает в состоянии алкогольного опьянения. При этом быстрее истощаются ресурсы организма, легче развивается декомпенсация. Весьма большое значение при политравме имеет первая медицинская и доврачебная помощь на догоспитальном этапе. Так, у доставленных попутным транспортом

хорошие исходы составляют лишь 47%, в то время как при адекватной помощи они могут достигать 80 процентов и более. Не менее важным является транспортировка пострадавшего в профильное отделение. Если у пострадавшего имеется черепно-мозговая травма, его, как правило, доставляют в нейрохирургическое отделение, при травме живота – в отделение абдоминальной хирургии, при травме опорно-двигательного аппарата – в отделение травматологии. Но если у больного появляется сочетанная или комбинированная травма, то он нередко оказывается без высокоспециализированной медицинской помощи.

Выводы

Таким образом своевременная оказанная медицинская помощь при политравме снижает количество осложнений и уменьшает количество летальных исходов.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации ФГБУ ВЦМК «Защита» «Оказание помощи пострадавшим с политравмой в чрезвычайных ситуациях» от 2015 года.
2. Множественные и сочетанные ранения шеи, груди, живота [Текст] : руководство для врачей / М. М. Абакумов. - Москва : Бинوم, 2013. - 687 с.
3. Агаджанян В.В., Кравцов С.А., Железняков И.А., Корнев А.Н., Пачгин И.В. Интеграция критериев степени тяжести политравмы с международной классификации болезней // Политравма. – 2014. – № 1 – С. 6–14.
4. Агаджанян В.В., Кравцов С.А., Шаталин А.В., Левченко Т.В. Госпитальная летальность при политравме и основные направления ее снижения. // Политравма – 2015. – № 1 – С. 6–15.
5. Гасанов А.И., Атаев А.Р., Аллахвердиева З.Р. Профилактика синдрома жировой эмболии при поликравме // Тезисы конференции «Современные подходы к диагностике и лечению травматологических и ортопедических больных», Махачкала, 30 марта 2018 г. – 2018. - С. 54-56.
6. Гидирим Г.П., Кустуров В.И., Палладий И.К. Пути улучшения результатов лечения пострадавших с множественной и сочетанной травмой // Медицинский вестник МВД. – 2015. - №5 (78) – С. 5-9.
7. Донченко С.В., Дубров В.Э., Слияков Л.Ю., Лебедев А.Ф., Немнонов. Оказание экстренной медицинской помощи пациентам с травмой таза в условиях многопрофильного стационара // Кафедра травматологии и ортопедии. - 2015. - №1. – С.27- 28.
8. Каллаев Н.О., Гасанов А.Н., Магомедов Ш.М. Лечение пострадавших с сочетанными и множественными дорожно-транспортными травмами // Кафедра травматологии и ортопедии. – 2015. - №1. - С. 34-35.
9. Кашанский Ю.Б., Кучаев И.О., Кондратьев И.П., Радыш В.Г. Концепция «damage control», достоинства и недостатки // Кафедра травматологии и ортопедии. – 2014. – №7 (62). – С. 176-180.