

дом. ВТЭС доминирует над другими методами по эффективности и скорости лечения. Поэтому существенного улучшения качества терапии от комбинации методов не наблюдалось. Оптимальным является сочетание ВТЭС с назначением ультразвука, магнитотерапии, массажа и фиксации позвоночника.

Н.Л. Кузнецова, А.М. Шаламов

Использование медицинских стандартов при сочетанной травме

*Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии УрГМА,
г. Екатеринбург*

Система качества в здравоохранении создается, как и в других отраслях на базе медицинских стандартов (МС). Последние – это, как правило, нормативные документы, содержащие сведения о необходимом объеме диагностических и лечебных мероприятий, о желаемых результатах, исходах лечения конкретных заболеваний и их групп, используемые в деятельности медицинских учреждений (ЛПУ).

Традиционно для создания МС (федеральных, территориальных) в здравоохранении использовался метод экспертных оценок. Мы тоже считаем этот метод приемлемым. Ряд особенностей существующих МС не позволяет использовать их без коррекции, так как они не учитывают значимость и весомость отдельных повреждений в течении травматической болезни. Медицинские стандарты по сочетанной травме в территориальной программе отсутствуют. Вместе с тем этот контингент пострадавших растет из года в год и составляет 25-30% поступающих в травматологические стационары. Разнообразие сочетаний повреждений, трудности в диагностике и лечении больных, высокие экономические затраты необходимые для выхаживания таких пациентов, высокий процент летальности (до 18-25%) определяет актуальность проблемы разработки МС для сочетанной травмы.

Мы считаем целесообразным моделирование МС по сочетанной травме в зависимости от степени тяжести черепно-мозговой, скелетной и полостной травмы. Каждый из перечисленных вариантов травмы делится нами условно на 4 степени тяжести (см. таблицу 1). Для каждого вариан-

Таблица 1.

Распределение травм по группам.

Код тр.	Диагнозы	Прод. преб. в стап.	Катег. сложн. ведения	Катег. сложн. опер.
Черепно-мозговая травма				
Ч1	Сотрясение головного мозга	до 10 дней	1	-
Ч2	Ушиб головного мозга легкой степени	до 15 дней	1	-
Ч3	Ушиб головного мозга средней степени тяжести	до 28 дней	2	2
Ч4	Тяжелая черепно-мозговая травма	до 45 дней	3	3
Селетная травма				
С1	Ушибы, гематомы, повреждение связочного аппарата, несложные вывихи, не требующие оперативного лечения, переломы костей без смещения отломков, несложные ранения мягких тканей.	до 10 дней	1	1
С2	Изолированные вывихи, переломы костей со смещением отломков (лечение - репозиция, иммобилизация гипсовой повязкой); переломовывихи; повреждение связочного аппарата, требующие оперативного лечения; обширные ранения, повреждение магистральных сосудов, нервов. Травматический шок 1-2 ст.	до 21 дней	2	2-3
С3	Переломы длинных трубчатых костей (требующие экстензионного метода лечения); переломы костей таза без нарушения стабильности тазового кольца; синдром длительного сдавливания и раздавливания конечности, осложненные переломами, вывихи; открытые переломы 2Б. Шок 2-3 ст.	до 45 дней	2-3	2-3
С4	Множественные переломы костей, внутрисуставные, оскольчатые переломы, требующие оперативного лечения; осложненные переломы таза; открытые переломы 2В-3. Шок 3 ст.	до 3 месяцев	3	3
Полостная травма				
П1	Ушибы, проникающие ранения грудной клетки, живота, таза, без повреждения внутренних органов	до 12 дней	1	1
П2	Несложные закрытые травмы брюшной полости и грудной клетки; проникающие ранения грудной клетки, живота, промежности, поясничной области, шеи без повреждения внутренних органов. Шок 1 ст.	до 21 дней	2	2
П3	Закрытые травмы органов грудной клетки, брюшной полости с обострением хронических заболеваний; переломы ребер с повреждением легкого и ДН1; тупая травма живота, проникающие ранения грудной клетки, брюшной полости с нежизнотверными повреждениями внутренних органов. Шок 2-3 ст.	до 35 дней	3	2-3
П4	Торакотомические ранения; травмы грудной клетки с ДН2, сердечно-сосудистой недостаточностью; переломы ребер с нарушением целостности грудной клетки; тупая травма живота с разрывом полей в паранефральных органах, магистральных сосудов; проникающие ранения живота, грудной клетки с повреждением ЖКТ, МПС, паранефральных органов, магистральных сосудов, легких, органов средостения. Шок 2-3 ст. Респираторный дистресс-синдром, кишечная непроходимость после травм и операций. Сепсис. Уролитиаз и уросепсис.	до 60 дней	3	3

та определены сроки пребывания в стационаре и категория сложности курации (в том числе и сложность оперативного вмешательства). Очевидно, что каждый пациент может иметь свой индивидуальный вариант сочетаний, при этом каждое из них – свою степень тяжести, что положено в обоснование длительности пребывания в стационаре и стоимости койко-дня для конкретного варианта (таблица 2). На наш взгляд это обос-

нованно, так как прогностически неблагоприятный исход политравмы находится в прямой зависимости от количества и тяжести повреждений. Выделение "основной" и "сопутствующей" травмы на наш взгляд не является корректным так как оценка тяжести состояния больного и стоимость

Таблица 2.

Влияние тяжести травмы на увеличение стоимости и продолжительности лечения.

Код травмы	Удорожание стоимости базового койко-дня	Удлинение продолжительности лечения
1	на 30%	не влияет
2	на 70%	на 15 дней
3	на 100%	на 1 месяц
4	на 150%	до 3 месяцев

Таблица 3.

Варианты сочетанной травмы.

П040С0	П140С0 П141С1 П140С2 П140С3 П140С4	П240С0 П240С1 П240С2 П240С3 П240С4	П340С0 П340С1 П340С2 П340С3 П340С4	П440С0 П440С1 П440С2 П440С3 П440С4
П041С0 П041С1 П041С2 П041С3 П041С4	П141С0 П141С1 П141С2 П141С3 П141С4	П241С0 П241С1 П241С2 П241С3 П241С4	П341С0 П341С1 П341С2 П341С3 П341С4	П441С0 П441С1 П441С2 П441С3 П441С4
П042С0 П042С1 П042С2 П042С3 П042С4	П142С0 П142С1 П142С2 П142С3 П142С4	П242С0 П242С1 П242С2 П242С3 П242С4	П342С0 П342С1 П342С2 П342С3 П342С4	П442С0 П442С1 П442С2 П442С3 П442С4
П043С0 П043С1 П043С2 П043С3 П043С4	П143С0 П143С1 П143С2 П143С3 П143С4	П243С0 П243С1 П243С2 П243С3 П243С4	П343С0 П343С1 П343С2 П343С3 П343С4	П443С0 П443С1 П443С2 П443С3 П443С4
П044С0 П044С1 П044С2 П044С3 П044С4	П144С0 П144С1 П144С2 П144С3 П144С4	П244С0 П244С1 П244С2 П244С3 П244С4	П344С0 П344С1 П344С2 П344С3 П344С4	П444С0 П444С1 П444С2 П444С3 П444С4

затрат на его лечение не могут определяться значимостью одного ("ведущего") заболевания, ведь остальные травмы не являются "сопутствующими заболеваниями". В практике порой трудно, имея несколько тяжелых повреждений отдать предпочтение одному так как это с лечебных и экономических, позиций необоснованно. В связи с этим каждый вид повреждений кодируется нами согласно предложенной схеме (таблица 3) и ложится в основу обоснования пребывания больного в стационаре, возмещения реальных затрат на диагностику и лечение каждого пациента.

Таким образом, нами представлено 112 вариантов сочетанной травмы (от полного отсутствия ПоЧоСо до травм, несовместимых с жизнью (левый нижний угол), что облегчает работу при оценке тяжести травмы, сложности лечения и понесенных лечебным учреждением расходом сил и средств.

В.Е. Каземирский, Е.А. Мазуркевич, А.И. Лавров

Использование ИК-лазеров в лечении подростков с дегенеративно-дистрофическими поражениями тазобедренных суставов

*Российский научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена,
г. Санкт-Петербург*

Дегенеративно-дистрофические поражения крупных суставов представляют все возрастающую медицинскую проблему. В ортопедической патологии их удельный вес достигает 22-23%. Доля коксартрозов при этом составляет около 25% [1]. На фоне недостаточной эффективности традиционных видов как консервативного, так и оперативного способов лечения, который при коксартрозе в 3 раза выше, чем при гонартрозе, в 7 раз выше, чем при поражении голеностопного сустава и достигает 7-8% среди всех инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата [2].

Общеизвестно, что для снижения уровня инвалидизации при коксартрозе, в первую очередь необходимо разрешение вопросов ранней диагностики заболевания. Опыт показывает, что первые проявления дегенеративно-дистрофического поражения тазобедренных суставов можно