Самодай В.Г., Рыльков М.И.

К вопросу об оказании urgentной специализированной помощи в хирургии повреждений

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»

(Россия, Воронеж)

doi: 10.18411/lj-06-2021-25

Аннотация

Статья посвящена особенностям оказания специализированной медицинской помощи при травмах опорно-двигательного аппарата в urgentном порядке. Показаны преимущества данной тактики оказания помощи по сравнению с традиционными методами. Проведен анализ полученных в данной работе результатов.

Ключевые слова: опорно-двигательный аппарат, травма, urgent, специализированная помощь, перелом, вывих, раны.

Abstract

The article is devoted to the features of the provision of specialized medical care for injuries of the musculoskeletal system in an urgent manner. The advantages of this tactics of assistance in comparison with traditional methods are shown. The analysis of the results obtained in this work is carried out.

Keywords: musculoskeletal system, trauma, urgent, specialized care, fracture, dislocation, wounds.

Ежегодно в Российской Федерации около 12 млн человек получают травмы. Из общего числа пострадавших от травм огромное большинство (83-85 %) нуждаются только в амбулаторном лечении.

Среди больных, госпитализированных по поводу травм, 96 % заканчивают лечение в амбулаторно-поликлинических учреждениях, поэтому организация амбулаторной травматологической помощи имеет приоритетное значение для уменьшения сроков лечения и восстановления трудоспособности пострадавших. Наиболее рациональной формой организации амбулаторной травматологической помощи в городах являются травматологические кабинеты, травматологические пункты (отделения поликлиник) и травматолого-ортопедические отделения, организованные на базе городских и районных поликлиник.

Основные направления работы травматологических кабинетов и отделений (пунктов)

1. Лечебно-диагностическая работа.
 - 1.1. Диагностика повреждений опорно-двигательного аппарата.
 - 1.2. Оказание экстренной квалифицированной специализированной помощи при травмах опорно-двигательного аппарата.
 - 1.3. Лечение до выздоровления травматологических больных, обратившихся амбулаторно и выписанных из стационара.
 - 1.4. Диспансеризация больных с последствиями травм.
 - 1.5. Антирабическая и противостолбнячная профилактика.
 - 1.6. Отбор и направление больных на стационарное лечение в отделения травматологии и ортопедии.
2. Экспертная работа.
 - 2.1. Экспертиза временной нетрудоспособности при травмах опорно-двигательного аппарата.
 - 2.2. Своевременное направление больных на МСЭ.

2.3. Определение тяжести производственных травм.

2.4. Экспертиза объема и качества лечения.

3. Организационная работа.

3.1. Мониторинг и анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности, смертности от травм и заболеваний, а также разработка мероприятий по профилактике всех видов травматизма в районе обслуживания.

3.2. Участие в мероприятиях по повышению квалификации медицинских работников по вопросам практической травматологии и ортопедии.

3.3. Санитарно-просветительная работа.

В связи с внедрением медицинского страхования в организации специализированной амбулаторной травматологической службы произошли значительные изменения, хотя основные разделы ее деятельности сохранились.

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1» является крупнейшим травматологическим центром третьего уровня Центрально-Черноземного региона, в котором в плановом и срочном порядке оказывается весь спектр специализированной медицинской помощи. Организация экстренной травматологической помощи в БУЗ ВО «ВОКБ №1» имеет приоритетное значение, так как позволяет снизить риск возможных осложнений, уменьшить сроки госпитализации, и ускорить полноценное восстановление трудоспособности пострадавших. Срочная специализированная травматологическая помощь оказывается на базе приемного отделения БУЗ ВО «ВОКБ №1» круглосуточно, около 88% помощи приходится на жителей районов Воронежской области.

Анализ результатов ургентной травматологической помощи за 2016-2019г. показал: оказание специализированной помощи в максимально короткие сроки значительно снижает число последующих гнойно-септических осложнений, позволяет уменьшить число случаев дефектов лечения. При ургентной помощи пациентам с повреждениями мягких тканей, в т.ч. с повреждением связочно-сухожильного аппарата, проведение расширенной и полноценной первичной хирургической обработки (ПХО) с одномоментной тенорафией в срок до 6-8 часов после травмы снижает риск инфекционных осложнений на 82,4 %, а в срок до 12 часов на 58,3 % [1]. Заживления ран первичным натяжением удалось добиться в 97,3 % и 78,7 % соответственно, а полное восстановление функции достигнуто в 97,5 % случаев.

При открытых переломах костей скелета в течение 10-12 часов с момента травмы на фоне превентивной антибиотикотерапии осуществляли ПХО ран, при необходимости - теноррафию, нейроррафию и фиксация костных отломков аппаратами внешней фиксации (83,1 %), проводились первичный одномоментный остеосинтез переломов (16,5 %) или гипсовую иммобилизацию (0,4 %). При этом гнойно-септические осложнения составляли 3,7 % случаев, вторичная хирургическая обработка ран требовалась в 0,3 % случаев. В последующем удовлетворительная функция поврежденной конечности регистрировалась в 98,3%.

Согласно последним рекомендациям ЦИТО, внутрисуставные переломы необходимо лечить в максимально короткие сроки. На базе нашего центра 63,5% таких переломов подвергались оперативному лечению в первые 2-3 суток. При этом первичный остеосинтез проводился в 92,6 % случаев, в 5,2 % фиксация осуществлялась аппаратами внешней фиксации, а в 2,2 % проводилась транскутанная фиксация спицами Киршнера [2].

При данной тактике лечения гнойные осложнения отмечались в 0,54 %, а при оперативном лечении в более поздние сроки в 0,63 %. Но при этом после консолидации перелома функциональные ограничения движений в суставе в случае раннего

оперативного лечения (в первые 2-3 суток) составляли 12,7 %, а при позднем – 37,8 %. Формирование послеоперационных контрактур и анкилозов являлось причиной повторных плановых госпитализаций для реабилитации.

В срочном порядке подвергается оперативному лечению 18,7% больных с диафизарными переломами после безуспешной закрытой репозиции и при вторичном смещении отломков. При данных переломах в 88,7% проводили накостный остеосинтез, в 7,3 % случаев – интрамедуллярный и в остальных случаях осуществляли комбинированный остеосинтез. В некоторых случаях (фоновый остеопороз у возрастных пациентов) накостный остеосинтез дополняли внешней иммобилизацией с «дисциплинарной» целью.

При оперативном лечении в ранние сроки (до 2-3 суток) благоприятный результат лечения отмечался в 97,6 %, а при лечении в более поздние сроки – 90,5 %. Частота инфекционных осложнений составляла 0,45 % и 0,6 % соответственно [3].

Оказание помощи больным с вывихами в 98,3% проводили urgently. Переломовывихи подвергались оперативному лечению в сроки более 3 суток. Вправление свежих вывихов (93,4%) осуществлялось под региональной или внутривенной анестезией, а несвежие – под ЭТН с миорелаксацией. В ранние сроки вправления вывихов в большинстве случаев удалось добиться полноценных функциональных результатов. В 0,02% сформировался привычный вывих плеча в результате нарушения пациентом врачебных предписаний.

Таким образом, анализ полученных результатов позволяет сделать следующие выводы:

- снижается частота функциональных нарушений до 12,7 % по сравнению с 37,8 % при более позднем лечении;
- при оказании специализированной травматологической помощи в urgentном порядке отмечается снижение частоты гнойно-септических осложнений до 0,45 % против 0,6 % в отсроченных случаях;
- снижается частота последующих плановых госпитализаций с целью реабилитации и коррекции лечения;
- при оказании специализированной травматологической помощи в срочном порядке снижается частота инвалидизации, и уменьшаются сроки временной нетрудоспособности пациентов;
- отмечается снижение сроков пребывания пациентов в стационаре, и, как следствие, уменьшаются финансовые затраты.

В заключении хотелось бы отметить, что оказание специализированной медицинской помощи больным с травматическими повреждениями опорно-двигательного аппарата в максимально короткие сроки (в порядке срочной помощи) является наиболее оптимальным и в последующем функционально благоприятным.

1. Гайдунь К.В. Раневая инфекция. Этиология, диагностика и антибактериальная терапия: Краткое информационное пособие для практических врачей/ Авторы К.В.Гайдунь, А.А.Муконин, - Новосибирск, Смоленск: ООО «АБОЛмед». – 2005.
2. Еськин Н.А., Андреева Т.М. Состояние амбулаторной специализированной травматолого-ортопедической помощи населению в Российской Федерации. Перспективы развития. Вестник травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова. 2017;(4):5-10.
3. Современная экспертиза нетрудоспособности при травмах и некоторых заболеваниях опорно-двигательного аппарата (реабилитация в травматологии и ортопедии) [Текст] : учебно-методическое пособие / [В. Г. Самодай, М. И. Рыльков, А. Л. Толстых, Ю. В. Бисюк]. – Воронеж : Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2018.