

---

---

## Краткие сообщения

---

---

УДК 614.8:656.1

### **ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ТРАВМОЦЕНТРА 1-ГО УРОВНЯ**

**Е. А. Волокитина**, доктор медицинских наук,  
**В. А. Демидов\***, кандидат медицинских наук

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», 629102, Россия, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 185

**Ключевые слова:** сочетанная травма, травмоцентр 1-го уровня.

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): [v.a.demidov@okb1.ru](mailto:v.a.demidov@okb1.ru)

В настоящее время по абсолютному числу летальных исходов травматизм вследствие ДТП выходит на 2-е место после сердечно-сосудистых заболеваний, а у лиц молодого трудоспособного возраста – на 1-е. В России летальность пострадавших в ДТП составляет 14% [1, 2], что в 5–7 раз больше, чем в развитых странах. Актуальность данной проблемы обусловлена ростом частоты ДТП. На территории Свердловской области за 2016 г. зарегистрировано 2556 ДТП, при которых пострадало 3308 человек и погиб 441 (11,5%). Летальный исход при ДТП в 63,3% случаев произошел на месте происшествия, в 4% случаев – во время транспортировки и в 32,7% случаев – в отделениях стационаров.

Целью нашего исследования явилась оценка результатов лечения тяжелых автодорожных травм в травмоцентре 1-го уровня. Проведен анализ эффективности оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП с тяжелыми травмами (не менее 31,7 балла по Injury Severity Score (ISS)), которые поступили в травмоцентр 1-го уровня, организованный на базе травматологического отделения многопрофильного стационара Свердловской областной клинической больницы № 1 в 2011–2016 гг. Всего проанализировано 474 случая (340 мужчин и 134 женщины). Среди 474 пострадавших закрытая травма диагностирована у 325 человек, открытая – у 149, изолированная – у 128 (31,4%), сочетанная – у 345, комбинированная – у 1. Среди изолированных травм преобладали черепно-мозговые, позвоночные, скелетные.

В основном пострадавшие были доставлены в отделение санитарным автотранспортом, 36 че-

ловек – вертолетом. Для снижения летальности в первые дни после травмы ранее был утвержден алгоритм маршрутизации пострадавших и между государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения были распределены зоны ответственности на автомобильных дорогах Свердловской области для максимально возможного приближения специализированной помощи к пострадавшим. Созданы и внедрены протоколы и алгоритмы оказания помощи на всех этапах. При оказании помощи пациентам с тяжелой сочетанной травмой применялась тактика *damage control surgery*, направленная на предупреждение неблагоприятного исхода путем сокращения объема и травматичности первого оперативного вмешательства и смещения окончательного восстановления поврежденных органов и структур на период после стабилизации функций организма. Первоочередной задачей считалось быстрое выявление и устранение повреждений или состояний, которые могут привести к скорой смерти, а именно нарушения проходимости дыхательных путей, тампонады сердца, профузного внутриплеврального и внутрибрюшного кровотечения, тотального гемоторакса, напряженного пневмоторакса, напряженной эмфиземы средостения, кровотечения из магистральных сосудов. При переломах длинных трубчатых костей, костей таза и нестабильных переломах позвоночника выполняли раннюю быструю жесткую временную минимально травматичную фиксацию, а окончательное лечение проводили после стабилизации состояния пациента.

В травмоцентр 1-го уровня поступали пострадавшие с тяжелой сочетанной травмой непосредственно с места происшествия или переводом

из травмоцентров 2-го и 3-го уровней, которым требовалась специализированная или высоко-специализированная медицинская помощь в условиях многопрофильного стационара. Больных с изолированной или сочетанной травмой и сомнительным прогнозом травматической болезни стремились в максимально ранние сроки перевести из лечебных учреждений, поскольку считали, что этих пострадавших можно спасти только в условиях многопрофильного стационара, которым является ГБУЗ СОКБ № 1. У пострадавших с переломами таза и конечностей для профилактики развития ранних осложнений проводили стабилизацию переломов аппаратами внешней фиксации в травмоцентрах 2-го и 3-го уровня и затем переводили их в травмоцентр 1-го уровня.

Из 474 больных в условиях травмоцентра 1-го уровня было прооперировано 387 пострадавших (81,6%). На этом этапе только консерва-

тивное лечение получили 18,4%. Оперативные вмешательства одновременно на 2 сегментах выполнены у 45 больных, на 3 сегментах – у 37, на 4 сегментах – у 10. После автодорожных травм умерли 36 пострадавших, летальность составила 7,5%. Средняя оценка по ISS у умерших превысила 41,2 балла.

Таким образом, разработанный порядок оказания помощи с четкой маршрутизацией пациентов позволяет приблизить специализированную помощь пострадавшим при ДТП. Своевременный перевод пострадавших в травмоцентр 1-го уровня позволяет избежать ранних осложнений травматической болезни. Оказание помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой в условиях крупной многопрофильной больницы с мощным диагностическим, кадровым, лечебным потенциалом позволило спасти максимальное количество травмированных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян, В. В. Организация медицинской помощи при множественной и сочетанной травме (политравме). Клинические рекомендации (протокол лечения) (проект) / В. В. Агаджанян // Политравма. – 2015. – № 4. – С. 6–18.
2. Травматизм, ортопедическая заболеваемость и состояние травматолого-ортопедической помощи в России в 2013 году / Т. М. Андреева, П. Е. Новиков, Е. В. Огрызко [и др.]. – М., 2014. – 131 с.

---

## ORGANIZATION OF MEDICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH COMBINED TRAUMA IN TRAUMA CENTER OF 1<sup>ST</sup> LEVEL

E. A. Volokitina, V. A. Demidov

**Key words:** combined trauma, trauma center of 1<sup>st</sup> level.