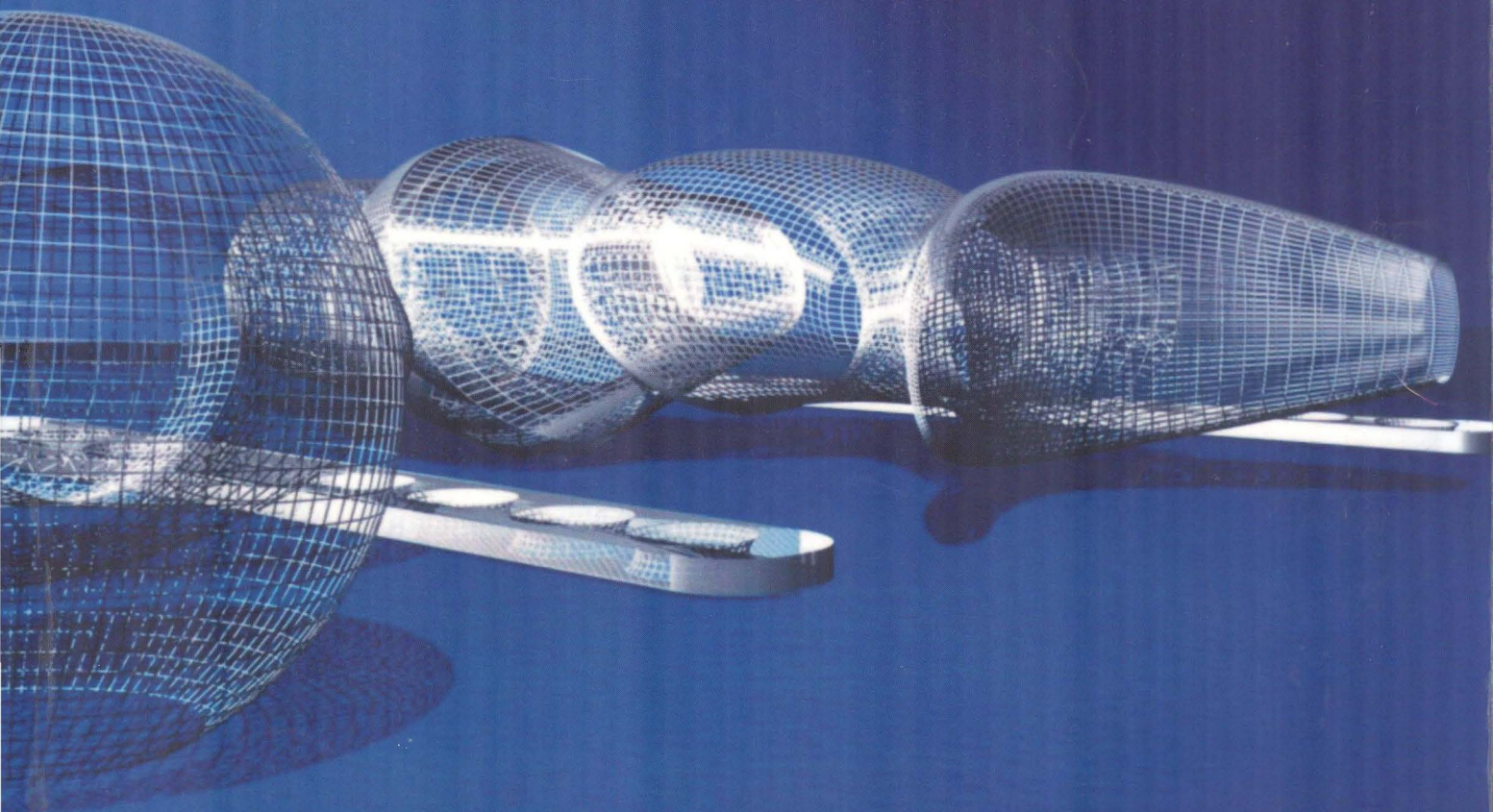


ISSN 1684-9280

Травматология и Ортопедия

Специальный выпуск



2/2005

НОВЫЕ РАЗРАБОТКИ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ КАЗАХСТАНА

Т.У. БАТЫРОВ

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Республикада бет-жақ аймағы біріккен жарақатыларға кезеңдік медициналық көмек көрсету ұйымдастыруда бірқатар сұрақтар (емдеу мерзімін қысқарту, мүгедектер санын төмендету) шешілмеген. Осыны еске ала отырып, медициналық көмек көрсетудің алғашқы кезеңіндегі дәрігерлермен медицина қызметкерлеріне арналған телемедицина технологиясы арқылы ББЖЖ науқастарына маманды медициналық көмек көрсету стандарттарын дайындап дер кезінде ақпараттау республиканың қазіргі даму жағдайында қолайлы боп табылады. Республикада ББЖЖ – ға және жарақаттан кейінгі кезеңдегі зардаптарда біртұтас кешенді оңалту жүйесін құруда науқас пен медицина қызметкерлерінің әр кезеңдегі емдеуде себеп-салдар байланыс бірлігін санамен саралап, емдеу тәсілдерін біріге уақытында түзетіп отыру толыққанды оңалтуға жеткізеді.

In republic some questions on perfection of the organization of medical aid at stages of evacuation, the criteria of a choice of the optimal methods of standards of treatment providing reduction of terms of treatment and decrease (reduction) of physical inability by the patient with CMFT are solved. Taking into account the aforesaid, the optimal for RK at the given stage of development is development of standards and the duly information on the qualified medical aid by the patient with CMFT with the help telemedical technologies for doctors and medical workers of primary link hospital. Well adjusted uniform system of medical rehabilitation of patients with traumas of maxillofacial area and their consequences in republic, will be high-grade when relationships of cause and effect of the phenomena at each stage of treatment are realized, both the patient, and medical employees, and duly their joint corrections are made.

Исследованием системного и регионального кровяного давления, состояния микроциркуляции и глазного дна доказано, что челюстно-лицевая

травма с переломами костей лицевого скелета в 100% случаев сочетается с травмой головного мозга и должна расцениваться как сочетанная [1].

В условиях Казахстана, где многие населенные пункты, магистральные дороги, расположены в пределах обслуживания сельских лечебно-профилактических учреждений, вдали от центральных многопрофильных больниц, медицинская помощь больным с сочетанной челюстно-лицевой травмой (СЧЛТ) осуществляется поэтапно. 1 этап: на месте получения травмы – бригада скорой медицинской помощи ЦРБ и ССМП (в отдаленных участках от города, райцентра – чаще медицинские работники сельских участковых больниц); 2 этап: в условиях ближайшей больницы – СВА, ЦРБ; ГКБ; 3 этап: в условиях специализированного лечебного учреждения – ОКБ, многопрофильные городские клинические больницы, республиканские ЛПУ, НКЦ, НИИ.

Наш научный анализ показал, что осложнения челюстно-лицевой травмы в среднем наблюдаются до 38% от всех пролеченных в стационаре больных. Основные причины осложнений – несвоевременная адекватная квалифицированная медицинская помощь, многие больные (23,8%) поступали в специализированный стационар на 3-4 сутки от момента получения травмы. При обращении к врачам районных больниц не проводилось полноценное обследование, из-за отсутствия хирургов-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов диагностика травм челюстно-лицевой области была неполноценной. Всем нуждающимся в медицинской помощи больным с сочетанной челюстно-лицевой травмой она проводилась в 21,8% случаях, а качество этой помощи было очень низким. Больные транспортировались в областные центры без сопровождения медицинского работника и без медицинского транспорта, страдала медицинская документация, в которой неправильно и неполно отражены диагностика и проведенные неотложные мероприятия [2].

Климатогеографические особенности республики, социальные факторы, отдаленность специализированных клиник, отсутствие санитарной авиации не позволяют избежать многоэтапности медицинской помощи больным с сочетанной челюстно-лицевой травмой и не способствуют улучшению результатов лечения, как в ближайшие, так и в отдаленные сроки реабилитации. В республике не решен ряд вопросов по совершенствованию организации медицинской помощи на этапах эвакуации, критериев выбора наиболее оптимальных методов стандартов лечения, обеспечивающих сокращение сроков лечения и снижение инвалидности больным с СЧЛТ. Учитывая вышесказанное, наиболее оптимальной для РК на данном этапе развития является разработка стандартов и своевременная информация о квалифицированной медицинской помощи больным с СЧЛТ с помощью телемедицинских технологий для врачей и медицинских работников первичного звена ЛПУ. По нашему мнению, хорошо налаженная единая система медицинской реабилитации больных с травмами челюстно-лицевой области и их последствиями в республике будет полноценной тогда, когда будут осознаны как самим больным, так и медицинскими сотрудниками причинно-следственные связи явлений на каждом этапе лечения, и будет производиться своевременная совместная их коррекция. Исходя из этого, возможны следующие требования к организации медицинской помощи:

I. На достационарном уровне первичного звена здравоохранения:

- БСМП, ССМП, где выясняются непосредственные причины травмы (бытовая, транспортная и др.). Пострадавшим оказывается адекватная доврачебная и 1-я врачебная помощь (по алгоритму действий) – устранение, профилактика смертельных осложнений. Производится адекватная транспортировка пострадавшего в больницу, и по возможности психологическая помощь, направленная на нейтрализацию стресса.

- ЦРБ, МРБ, любые амбулаторные стоматологические учреждения – ТОО, АО и т.п., где выясняются непосредственные причины и характер травмы. Здесь наряду с высокой квалификацией врача должны быть условия для быстрой диагностики и оказанию неотложной, 1 врачебной,

квалифицированной медицинской помощи (клинические протоколы, алгоритмы действия, медикаменты, инструментарий) и проведена обязательная психологическая коррективировка состояний пострадавшего.

II. На стационарном уровне – окончательное устранение осложнений и адекватное лечение в условиях:

- специализированного стационара (отделения челюстно-лицевой хирургии городских, областных больниц, отделения нейрохирургии общих больниц – при СЧЧМТ, и т.п.), где созданы все условия специализированной медицинской помощи (клинические протоколы, алгоритмы действия, медикаменты, инструментарий), возможность привлечения к лечению невролога, психотерапевта;

- высокоспециализированного ЛПУ РК (отделение челюстно-лицевой хирургии РКЦ "Стоматология" МЗ РК, отделение челюстно-лицевой травмы и нейротравмы РГКП "НИИ ТО" МЗ РК). В этих ЛПУ сконцентрированы высокоспециализированные специалисты первой и высшей категории, сотрудники кафедр медицинских ВУЗов и есть все условия для оказания высокоспециализированной медицинской помощи, в том числе обязательной психотерапевтической коррективировки.

III. На постстационарном уровне – долечивание и полноценная реабилитация:

- полный реабилитационный период должен проводиться в специализированных кабинетах реабилитации и при дневных стационарах больниц на основании разработанных клинических протоколов, алгоритмов действия). Здесь должны быть созданы все условия полного восстановления утраченных вследствие травмы и их последствий функций организма (жевания, дыхания, разговорной речи, психологического равновесия, косметологической состоятельности лица больного и т.д.).

На первом этапе медицинской помощи трудности диагностики и дефицит времени обосновывают посиндромное оказание неотложной медицинской помощи: следует заложить в программу телемедицины алгоритмы неотложной помощи трех основных синдромов, отражающих нарушения жизненно важных функций организма:

- синдром дыхательных нарушений – устранение и профилактика асфиксии, угнетение дыхания центрального генеза и т.п.;

- синдром гемодинамических нарушений – устранение и профилактика шока, кровотечения;

- синдром неврологических и психоэмоциональных расстройств – устранение и профилактика возбуждения, комы, болевого статуса и психологическая коррекция состояния больного.

Степень выраженности каждого из нарушений зависит от повреждающих факторов и условий травмирования больного. Один из синдромов, как правило, является ведущим (доминирующим) и в значительной степени определяет тяжесть состояния и объем оказания реанимационных пособий.

В тяжелых случаях поражений присоединяется синдром эндогенной интоксикации.

На втором и третьем уровнях организации медицинской помощи диагностика и лечение больных с СЧЛТ должны осуществляться по алгоритму действий в соответствии с утвержденным клиническим протоколом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фаизов Т.Т., Валеев Е.К., Афанасьев В.В., Ибагуллин О патогенезе сочетанной челюстно-мозговой травмы // *Стоматология*.- 1998.-№ 2.-С.37-39.
2. Батыров Т.У., Дакенов Б.Ш., Абильдин Д.Е. и др. Состояние неотложной хирургической стоматологической помощи // *Проблемы стоматологии*.- 2001.-№ 2.-С.27-30.