

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

Ахроров А.Ш., Исаев У.И., Ёкубов Ф.П

Самаркандское городское медицинское объединение, отделение челюстно-лицевой хирургии

*Самаркандский государственный медицинский университет
г.Самарканд, Узбекистан.*

Актуальность.

Совершенствование организации медицинской помощи больным с челюстно-лицевой травмой, пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии является актуальной и не в полной мере исследована на этапах проведения специализированной медицинской помощи [2,5,7]. Отсутствие оперативности в сроках транспортировки больных с челюстно-лицевой травмой с мест аварии до доставки в лечебное учреждение; недокомплект квалифицированных специалистов; не оказание вовремя и в недостаточном объеме специализированной медицинской помощи ведет к многоэтапности и продолжительности лечения. Эти недостатки естественно отражаются на качестве этапа оказания медицинской помощи больным, пострадавшим в ДТП.

Цель исследования.

Разработка комплекса мероприятий по совершенствованию системы организации медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях с челюстно-лицевой травмой.

Материалы и методы исследования.

Проведено изучение показателей травматизма, которые представлены 1596 случаями в Самаркандской области в 2012-2017 годах. На лечении в клиниках Самаркандского городского медицинского объединения находилось - 24 % из общего числа пострадавших.

В научной работе исследованы показатели одномоментного оказания хирургической помощи в стационарных условиях, это явилось основой наших наблюдений и специального применения в организации деятельности челюстно-лицевого отделения.

Коллективно-бригадное сотрудничество специалистов разных медицинских учреждений и осуществление сразу же многопрофильных одномоментных оперативных вмешательств при согласии больного, дает клиническую и экономическую выгоду пациенту той медицинской организации и в конечном итоге всем органам здравоохранения.

Клинические наблюдения определили у участников дорожного движения: травму головы у 85,6%, долю которых составило 23,8% челюстно-лицевой травмы. Преобладали пострадавшие с изолированными и сочетанными переломами ЧЛЮ: нижняя челюсть 70,8%, верхняя челюсть 22,4%, носовые кости 5,6%, скуловая кость 2,3%, кости орбиты глаза 1,8%. Из пострадавших мужчин было 91,9%, женщин – 8,9%. В виду алкогольного опьянения произошло 4,1% больных ЧЛТ. Время обращения больных с изолированной ЧЛТ составляет 37 ± 35 часов.

При сочетанных травмах, переломы костей лица определялись с заметным опозданием в виду недостаточного уровня навыков в диагностике и лечении ЧЛТ врачами смежных специальностей, поэтому консультация челюстно-лицевого хирурга проводилась только на $5,5 \pm 1,7$ сутки, после относительной нормализации основных функций организма специализированное лечение оказывалось с последующим переводом пациента в отделение челюстно-лицевой хирургии лишь на 9 ± 1 сутки. Всем участникам в дорожно-транспортном движении востребованные дополнительные диагностические манипуляции и специализированная помощь оказывались в отделении челюстно-лицевой хирургии. Выбор тактики лечения напрямую зависил от характера повреждений ЧЛЮ, их осложнений, от момента получения травмы до поступления в отделение челюстно-лицевой хирургии время составило от 7 ± 4 суток. 56,6% случаев проведение специализированной медицинской помощи было до $8,5 \pm 1,7$ суток, а это вело к значительному числу воспалительных осложнений, появлялись грубые функциональные и косметические изменения, для их устранения требовалось долгое и не всегда результативное хирургическое и консервативное лечение, что в свою очередь вело к стойким остаточным и психологическим расстройствам.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате консультаций специалистов, перевода больных в другие отделения и в травматологический центр более высокого порядка цикл технологического сопровождения повторяется.

В итоге, описанная и существующая на сегодняшний день система доставки участника дорожно-транспортного движения фактически дублируется. Пациент поступает в травматологический центр I типа, затем попадает в приемное и операционное отделение.

Далее – в профильное отделение. Затем после консультативного приема и перевода в травматологический центр II, III типа, где повторно осуществляется прием, регистрация, проведение лечебно-диагностических мероприятий, установление диагноза, т.е. повторение оперативных вмешательств, оказание лечебно-диагностических услуг.

Исследование пострадавших до и во время проведения эксперимента носили индивидуальный характер, однако все пострадавшие были доставлены непосредственно в отделение челюстно-лицевой хирургии Самаркандского городского медицинского объединения в интервале $1,5 \pm 0,5$ ч. с момента произошедшего дорожно-транспортного происшествия.

Таблица № 1

Результаты оказания медицинской помощи до и в течении проведения эксперимента

Показатели	До эксперимента 141 чел.	Во время проведения эксперимента , 150 чел.	Достоверность разности, <i>p</i>
Время от момента ДТП до оказания специальной медицинской помощи (часы)	157 ± 85	19 ± 18	$< 0,001$
Продолжительность лечения (к/дней)	13 ± 2	7 ± 2	$< 0,05$
Осложнения (%)	48,6	4,7	$< 0,001$

Участникам дорожно-транспортного движения во время проведения эксперимента медицинская помощь была организована в соответствии с установленным алгоритмом с комплексом организационных мероприятий. Анализ пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях с челюстно-лицевой травмой до и во время эксперимента проводился по основным показателям, влияющим на сроки и качество медицинской помощи (табл.1). Оценка достоверности исследования подсчитана с помощью *t*-критерия Стьюдента.

Таким образом, все вышеизложенное, в совокупности ведет к сокращению сроков от момента получения травмы в ДТП до получения специализированной помощи, уменьшению стационарного и амбулаторного лечения, выпадает необходимость в переводе пациента из медицинской организации, снижает сроки реабилитации, ведет к снижению экономических затрат на лечение.

Выводы.

1. Система организации медицинской помощи пострадавшим в ДТП с челюстно-лицевой патологией подтвердила закономерность, заключающуюся во взаимодействии челюстно-лицевого хирурга со специалистами разных медицинских организаций на основе алгоритма в целях обеспечения одноэтапного хирургического вмешательства, что заметно сокращает сроки восстановительного лечения.

2. Осложнения при переломах костей лицевого отдела черепа у пострадавших в ДТП составили 77,5%. В 56,6% случаях оказания специализированной медицинской помощи в непрофильных отделениях растягивались до $8,5 \pm 1,7$ суток, что привело к большому числу воспалительных осложнений, возникали грубые функциональные и косметические нарушения, для устранения которых потребовалось длительное, не всегда результативное хирургическое и консервативное лечение, что в последующем приводило к стойким остаточным и психологическим расстройствам. Уменьшение времени произошло от момента ДТП до оказания специализированной медицинской помощи с 157 ± 85 ч. до 19 ± 18 ч., продолжительность лечения в отделениях челюстно-лицевой хирургии сократилось с 13 ± 2 койко-дней до 7 ± 2 койко-дней, % осложнений снизился с 48,6 до 4,7.

Список литературы.

1. Китанина К.Ю., Хромушин В.А., Аверьянова Д.А., Ластовецкий А.Г. Совершенствование методов исследования здоровья населения с использованием алгебраической модели конструктивной логики // Вестник новых медицинских технологий. 2015. Т. 22, №3. С. 8–14.

2. Китанина К.Ю. Методология многофакторного исследования здоровья населения с использованием алгебраической модели конструктивной логики // Вестник новых медицинских технологий. 2016. №3. С. 14–22. DOI:10.12757/21743.

3. Китанина К.Ю., Хромушин В.А., Аверьянова Д.А. Совершенствование методов исследования здоровья населения с использованием алгебраической модели конструктивной логики // Вестник новых медицинских технологий. 2015. Т.22, №3. С. 8–14. DOI:10.12737/13291.

4. Ластовецкий А.Г., Лебедев М.В., Оленникова М.М., Аверьянова Д.А., Айвазян А.Г. Частота и структура повреждений органа зрения при сочетанных травмах в дорожно-транспортных происшествиях // Вестник Пензенского государственного университета. 2015. № 2. С.79–94.