



## МЕТОДЫ УЛУЧШЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ (СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ)

Муминов А. Ш.

Бухарский филиал Республиканского научного центра скорой  
медицинской помощи заведующий травматологии

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7573002>

### ARTICLE INFO

Received: 09<sup>th</sup> January 2023

Accepted: 18<sup>th</sup> January 2023

Online: 19<sup>th</sup> January 2023

### KEY WORDS

Политравме, экстренной  
помощь, эффективность.

### ABSTRACT

*Исследование травматической болезни по течению (ТБ) у 187 пострадавших с шоком и политравмой. Преобладали по механизму травма автодорожная (66,2%), ранения (15,2%) и кататравма (14,4%) ТБ сопровождалась появлениями многих осложнений, у 64,5% пострадавших, летальность составила 14,5%. При оказании помощи дефекты на ДГЭ в 31,3% выявлены наблюдений. Эффективности повышение неотложной помощи на ДГЭ с четкой организацией связано, лечебные мероприятия включающей, связь и транспортировку. Необходимо определять объем неотложной помощи исходя из состояния пострадавшего тяжести и корректировать в зависимости от вида повреждений.*

Актуальность проблемы обусловлена тем, что своевременное оказание первой помощи пострадавшим предупреждает ухудшение состояния организма, что в значительной степени влияет на снижение летальности, инвалидности и сроков временной утраты трудоспособности больных и пострадавших, существенно снижает расходы на их лечение и реабилитацию [В.И. Хрупкин, 2000; Е.И. Бялик, 2001]. Особое значение медицинская помощь на догоспитальном этапе приобретает при выраженных нарушениях кровообращения и дыхания, клинической смерти, кровотечении, переломах, термических и химических ожогах, когда неоказание помощи или запаздывание ее быстро приводит к значительному ухудшению состояния организма и даже смерти. По данным большинства публикаций стран постсоветского пространства - стран со схожей системой организации на догоспитальном этапе (ДГЭ) неотложной помощи, и в первые 2-3 часа после получения травмы в травмапункт погибают до 80% пострадавших с политравмой (ПТ). В развитых странах, где реализуется принцип «золотого часа», летальность также высока и превышает 50%, но значительно ниже «наших реалий» [1, 2, 4, 10]. Принцип «золотого часа» отражает развитие прогрессирующей полиорганной дисфункции, которая инициируется тяжелой травмой, кровопотерей и шоком, и определяет та-натогенез у большинства



этих пострадавших в первые 60 минут посттравматического периода. При этом динамика неблагоприятных исходов четко зависит от сроков начала медицинской помощи. Так, если медицинская помощь оказывается в первые 15 минут - летальность не превышает 50%, если она оказывается позже, то летальность в течение первого часа каждые 20 минут возрастает на 15% [3, 7-9]. Кроме того, доказано, что квалифицированная медицинская помощь на ДГЭ значительно снижает раннюю госпитальную летальность и оптимизирует исходы травматической болезни (ТБ) у этой категории пострадавших [1, 2, 10, 14]. По нашим данным в условиях города средняя продолжительность «нулевого периода» составила  $29 \pm 6,7$  минут, а время, прошедшее от момента травмы до госпитализации в стационар, с учетом транспортировки - около  $42 \pm 7,8$  минут. Время ДГЭ при транспортировке пострадавших вне населенных пунктов пролонгируется в 1,5 - 2 раза. Исходя из этого соблюдение принципа «золотого часа» в наших условиях можно признать лишь частично. Кроме того, анализ объема оказания медицинской помощи на ДГЭ по данным публикаций свидетельствует, что только в 52-55% помощь оказывалась в адекватном объеме, а в 15-22% - осуществлялась исключительно транспортировка [5, 7, 9].

#### Цель исследования

Анализировать эффективность экстренной медицинской помощи в структуре лечебных неотложных работ на ДГЭ для ускорения исходов при ПТ.

#### Материал и методы

Изучено полученных травма течение ТБ у 187 с ПТ госпитализированных в больницы неотлаженной помощи города в период с 2017 по 2021 г. Поступивших средний возраст - 41,1 лет (от 16 до 76 лет). Все поврежденные поступали с клиникой тяжелой состоянием большинство в шоке. По виду повреждений автодорожная травма (66,2%), преобладали кататравма (14,4%) и ранения (15,2%). В структуре Пт повреждения живота выявлены у 71,2%, грудной клетки - у 64,7%, головы - у 78,5%, конечностей - у 61,5%, таза - у 22,4%. ТБ сопровождалась развитием различных осложнений у 74,5% пострадавших, летальность составила 14,5%.

#### Результаты и обсуждение

В большинстве клинических абсолютном ситуаций ПТ происходит следствием кататравмы и ДТП. В таких случаях экстренная медицинская помощь пораженным, как правило, только бригадами оказывается экстренная медицинская помощь (ЭМП), в 13-23% пострадавшие наблюдений доставляются в стационарные учреждения личным транспортом без каких-то лечебных помощи. Кроме этого, если в условиях города ЭМП приедут к месту происхождения в течении 15-25 минут, если произошло вне населенных местах - от 25 до 80 и более минут [3,7-9]. Поэтому в после получение травма у пострадавших с ПТ выделить можно «нулевой период», продолжительностью от 10 минут до 1,5 часов, в течение которого никакой медицинской помощи не предоставляется. Нередко этот период значительно затягивается при невозможности которая осложняет ситуаций. По нашим анализам, с опозданием объем медицинской помощи при транспортировке бригадами ЭМП и не оказание какой-либо помощи при немедицинским транспортировке транспортом установлено 36,3% пострадавших госпитализированных с ПТ. При этом дефектов наибольшее количество при оказании



скорой помощи связано было с неправильной иммобилизацией переломов конечностей (20,6%), отсутствием доступа венозного и инфузионной лечения (15,6%), наложением необоснованным гемостатического жгута (4,1%), не поставлено шейного фиксатора у пострадавших в шоковом состоянии (6,1%). (без сознания)

Вывод: Таким образом исследование показало что своевременной организацией экстренной помощи в начальные минуты после ПТ для прогноза большое имеет значение и сокращение течения исходов ТБ. Анализ реанимационной помощи бригадами СМП на ДГЭ свидетельствует о неукоснительном соблюдении ключевых алгоритмов во всех наблюдениях, но поддерживающая терапия - имела значимые недостатки. Для оптимальной доставки кислорода тканям на всех этапах лечения необходимо обеспечение мик-роциркуляторной перфузии форсированной противошоковой инфузионной терапией. Также, в основе эффективности неотложной помощи на ДГЭ лежит ее строго регламентированная организация, включающая лечебные мероприятия, связь и транспортировку. Объем неотложной помощи при ПТ на ДГЭ следует определять исходя из тяжести состояния пострадавшего и корректировать в зависимости от характера имеющихся повреждений. Всем пострадавшим с Пт на ДГЭ необходимы: проведение комплекса реанимационных мероприятий (АВСС'), устранение последствий травмы (анестезия, гемостаз, иммобилизация) и профилактика про-грессирования ПОН респираторной поддержкой и восполнением кровопотери.

## References:

1. Анкин Л.Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы) / Л.Н. Анкин. - М. : Медицина, 2004. - 206 с.
2. Бондарчук Г.В. Полюистемш травматичш пошкодження: оргаш-за^я допомоги постраждалим на ранньому госпитальному етап в умовах м'якоТ лкарш швидкоТ допомоги / Г.В. Бондарчук // УкраТнський журнал екстремальноТ медицини ім. Г.О. Можаява. 2009. - Т.10, № 1. - С.42-44.
3. Власенко А.В. Анализ причин летальности пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в отделении реанимации многопрофильного стационара / А.В. Власенко, О.Р. Добрушина, В.Н. Яковлев [и др.] // Общая реаниматология. - 2009. - № 6. - С. 31-35.
4. Волосевич Е.Е. Тактика оказания скорой медицинской помощи при тяжелой сочетанной травме на догоспитальном и раннем госпитальном этапах / Е.Е. Волосевич, Я.А. Насонов, Л.И. Крюкова [и др.] // Скорая медицинская помощь. - 2001. - № 3. - С. 13-15.
5. Крутько Е.Н. Особенности интенсивной терапии в реанимационном и постреанимационном периодах у пострадавших с травматической болезнью / Е. Н. Крутько, П. Н. Замятин, С. Б. Пе-ев // Харювська хірургічна школа. - 2009. - №3. - С.73-75.
6. Михайлович В.А. Руководство для врачей скорой помощи / В.А. Михайлович, А.Г. Мирошниченко. - СПб. : «Невский диалект»,
7. 2005. - 703 с.



8. Гуманенко Е.К. Проблемы догоспитальной помощи при тяжелой сочетанной травме / Е.К. Гуманенко, А.Б. Сингаевский, С.В. Гаврилин [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2003. - № 4. - С. 43-48.
9. Пурса Ю.В. Факторы риска неблагоприятного исхода у пострадавших с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой / Ю.В. Пурса, А.Э. Талыпов, В.В. Крылов // Медицина катастроф. 2010. - №4. - С. 22-26.
10. Шапот Ю.Б. Сравнительный анализ качества помощи и летальности при сочетанной шокогенной травме / Ю.Б. Шапот, В.Ф. Озеров, В.Л. Карташкин, Н.Д. Ашраф // Скорая медицинская помощь. - 2002. - № 4. - С. 37-39.
12. Шейко В.Д. Возможности улучшения результатов лечения пациентов с политравмами / В.Д. Шейко, С.И. Панасенко, В.И. Ляховский [и др.] // Харювська хірургічна школа. - 2009. - №3(35). - С.321-322.
13. Abdullayeva M.A., Israilov R.I. Kadirova L.V. The specific structure of the aortic wall in rats. // Тиббиётда янги кун. – Тошкент, 2021. - №2 (34).- 116-122 б. (14.00.00; №22).
14. Abdullaeva M.A. Morphological changes in the aorta during irradiation // Тиббиётда янги кун. – Тошкент, 2022 – № 7 (45). - 311-314 б. (14.00.00; №22).
15. Abdullayeva M.A. Morphological and morphometric changes in the aorta after treatment of ASD-2 Experimental radiation sickness // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022, 12(3): 309-313. (14.00.00; №2)
16. Abdullayeva M.A. Assessment of morphological and morphometric changes in the aorta after treatment of experimental radiation sickness ASD-2 // J Ind Hyg Occup Dis, 2022, P 165-173. (Scopus).
17. Abdullayeva M.A. Study of risk factors for the development of the suspent pathology (observation) // North American Academic Publishing Platforms Art of Medicine International Medical Scientific Journal Issue-3 10.5281/zenodo.7057634 P 75-85. (14.00.00; №3).
18. Абдуллаева М.А., Иноятов. А.Ш. Экспериментал ва клиник онкологияда ионлаштирувчи нурланиш // Ўзбекистон врачлар ассоциациясининг бюллетени 2/2022.- 33-36 б. (14.00.00; №17).
19. Abdullaeva Muslima Akhatovna Change of lipid profile indicators and their correction under chronic radiation effect in rabbits of different ages //British Medical Journal Volume-2, No 410.5281/zenodo.7256156 p 246 -254. (14.00.00; №6)
20. Абдуллаева Муслима Ахатовна Турли ёшдаги қуёнларда сурункали нурланиш таъсирида липид профили кўрсаткичларини ўзгариши ва уларни коррекциялаш // Тиббиётда янги кун 11(49) 2022 555-561 бет. (14.00.00; №22).
21. Абдуллаева Муслима Ахатовна Турли ёшдаги қуёнларда сурункали нурланиш таъсирида липид профили кўрсаткичларини ўзгариши ва уларни коррекциялаш // Доктор ахборотномаси.– Самарқанд, 2022. - № 4 2022 (108), 9-15 б. (14.00.00; №20).