

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ



Юлдашев Шавкидин Сайпиевич¹, Шодиев Амиркул Шодиевич²

1 - Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ВА ОРҚА МИЯ ШИКАСТЛАНГАН БЕМОРЛАРГА ТИББИЙ ХИЗМАТ КЎРСАТИШ ҲОЛАТИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Юлдашев Шавкидин Сайпиевич¹, Шодиев Амиркул Шодиевич²

1 - Республика шошилинич тез тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

ANALYSIS OF THE PROVISION OF MEDICAL CARE TO VICTIMS WITH SPINAL CORD INJURY IN THE SAMARKAND REGION

YuldashevShavkidin Saypiyevich¹, ShodievAmirkul Shodievich²

1 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: amirkul.shodiyev@sammi.uz

Резюме. Долзарблиги. Умуртқа поғонаси ва орқа мия шикастланишлари умумий шикастланишлар орасида учинчи уринни эгаллайди ва уларнинг асоратлари купинча ногиронлик ва ўлим ҳолатларига олиб келиши билан характерланади. Тадқиқот мақсади. Самарканд вилоятида умуртқа поғонаси ва орқа мия шикастланган беморларга тиббий ёрдам курсатиши ҳолатини таҳлил қилиши. Тадқиқот материаллари ва усуллари. 2015-2019 йилларда Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг Самарканд филиали (РШТЎИМСФ), Республика травматология ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази Самарканд филиали (РТОИАТМ СФ) ва туман тиббиёт бирлашмаларига (ТТБ) умуртқа поғонаси ва орқа мия шикастланиши (УПОМШ) туфайли шифохоналарга ётқизилган 122 нафар беморларнинг касаллик тарихлари (№003/У) таҳлил қилинди. Тадқиқот натижалари. УПОМШ туфайли травмадан кейинги 6 соат ичида шифохоналарга 34 (29,5%) нафар бемор ётқизилган (n=122). Тиббий хужжатлар таҳлили, травмадан кейинги 2 кун давомида стационарларга 77 (72%) нафар, 3 кундан сунг эса 30 нафар 28% бемор ётқизилганлигини курсатди (n=107). 15 нафар беморнинг госпитализация вақти аниқ булмаганлиги сабабли таҳлилга киритилмади. Транспортировка қилинган беморларнинг 90 (73,8%) нафари тез тиббий ёрдам машинасида, 26 (21,3%) нафари йўловчи машиналарда ва 6 (4,9%) нафари санитар авиация хизмати орқали шифохоналарга олиб келинган (n=122). Шифохоналарга ётқизилган 110 нафар бемор дастлабки 1 соат ичида тор мутахассислар (хирург, травматолог, нейрохирург, невролог) томонидан қурилган, бу умумий ётқизилган беморларнинг 91% ташиқил этади (n=122). Рентгенологик текширишлар шифохонага ётқизилган биринчи кунда 77 (63,1%) нафар, иккинчи кунда 11 (9%) нафар ва учинчи кунда 8 (6,5%) нафар беморга утказилган. 26 (21,3%) нафар беморга эса рентгенологик текширишлар турли сабабларга юқорида курсатилган даврларда кура утказилмаган. Компьютер томография (КТ) 46 (37,7%) нафар беморга шифохонга ётқизилган куни, 26 (21,3%) нафарга эса 2 куни утказилган. 50 (40,9%) нафар беморга эса КТ утказилмаган. Бу ҳолат асосан КТ аппарати мавжуд булмаган ТТБларда қайд қилинган. Тиббий ёрдам курсатиши даражаси таҳлили беморларнинг шифохоналарга ётқизилган ва жавоб берилган вақтдаги ASIA/IMSOP шкаласи бўйича неврологик ҳолати, даволаш натижалари (жавоб берилди/вафот этди) ва уларнинг функционал ҳолати курсаткичлари асосида утказилди. Беморларда қул оёқларнинг тулик паралич ва чанок аъзолари фаолиятининг бузилиши билан кечадиган (Ава В тип) чуқур неврологик узгаришлар РШТЎИМСФ да 36,2%, РТОИАТМ СФ да 51,5% ва ТТБ ларда 35,4% ни ташиқил қилди. D типга оид неврологик узгаришлар эса РШТЎИМСФ да -26 (44,8%), РТОИАТМ СФ да - 13 нафар (39,3%) ва ТТБ да - 10 (32,5%) нафар беморда аниқланган. ASIA/IMSOP шкаласи

бўйича А тунга оид беморлар шифохоналарга ётқизилган вақтда 41 (33,6%) нафарни ташкил қилган бўлса, утказилган даволаш муолажааларидан сунг ва шифохонадан жавоб бериш вақтида бу курсатгич 37 (30,3%)ни ташкил қилди, яъни 3,3% га камайган. С тундаги беморлар сони ҳам 23 дан 9,0 нафарга, яъни 18,8% дан 7,4% га камайган. Хирургик даволаш усуллари 89 (73%) нафар беморга утказилган, қолган 33 (27%) нафар беморга эса консерватив даволаш муолажаалари утказилган. Хирургик фаоллик РТОИАТМ СФ да 87,9% (n=33), РШТЁИМ СФ да 72,4% (n=58) ва ТТБ да 58% (n=31) ни ташкил қилган. УПОМШ ва унинг асосатлар итутафайли РШТЁИМ СФ да 3 (5,2%), РТОИАТМ СФ да 4 (12,1%) ва ТТБ 8 (25,8%) нафар бемор ва фотэтган. Хулоса. Шундай қилиб, утказилган тахлил УПОМШ беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдам асосан вилоятнинг иккита йирик тиббийёт муасасасида – РШТЁИМ СФ ва РТОИАТМ СФ да амалга оширилишни курсатди.

Калим сўзлар: умуртқа погонаси, орқа мия, шикастланиш.

Abstract. Relevance. Spine and spinal cord injuries are the third most common injuries, and their complications are often characterized by disability and death. **Aim.** Analysis of medical care for patients with spinal cord and spinal cord injuries in the Samarkand region. **Material and methods research.** In 2015-2019, the Samarkand Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine (SB RSCEM), the Samarkand Branch of the Republican Traumatology and Orthopedic Scientific Applied Medical Center (SBRTAOSAMC), and district medical associations (DMA) were hospitalized due to spinal cord and spinal cord injuries (SPASCI) in 2015-2019. Medical histories of hospitalized patients (№003/U) were analyzed. **Research results.** 34 (29,5%) patients (n=122) were admitted to hospitals within 6 hours after trauma by ambulance. 90 (73,8%) of the transported patients were transported by ambulance, 26 (21,3%) by ambulances, and 6 (4,9%) by air ambulance service (n=122). Analysis of medical records showed that 77 (72%) patients were admitted to inpatients within 2 days after trauma, and 30 (28%) patients after 3 days (n=107). 110 patients brought to hospitals were treated by narrow specialists (surgeon, traumatologist, neurosurgeon, neurologist) within the first hour, which is 91% of the total number of patients (n=122). X-ray examinations were performed on 77 (63,1%) patients on the first day of hospitalization, 11 (9%) on the second day, and 8 (6,5%) on the third day. 26 (21,3%) patients were not selected for X-ray examinations for various reasons. Computed tomography (CT) was performed on 46 (37,7%) patients on the 1st day after trauma, and on 26 (21,3%) patients on the 2nd day. CT was not performed on 50 (40,9%) patients. This situation was noted mainly in DMAs where CT equipment was not available. Level of care analysis was performed based on ASIA/IMSOP neurologic status, treatment outcomes (response/death), and functional status indicators at the time of hospitalization and response. Deep neurological changes (type A and V) in patients with total paralysis of gray legs and dysfunction of groin organs were 36,2% in SB RSCEM, 51,5% in SBRTAOSAMC, and 35,4% in DMAs. Neurological changes related to type D were detected in 26 (44,8%) SB RSCEM patients, 13 (39,3%) SBRTAOSAMC patients, and 10 (32,5%) DMA patients. Out of the treatments provided to the patients, type A patients accounted for 41 (33,6%) patients during hospitalization, while this rate decreased to 37 (30,3%) during discharge from the hospital, i.e. decreased by 3,3%. The number of type C patients decreased from 23 to 9,0, i.e. from 18,8% to 7,4%. Surgical treatment was given to 89 (73,0%) patients, and conservative treatment procedures were given to the remaining 33 (27,0%) patients. The surgical activity was 87,9% (n=33) in SBRTAOSAMC, 72,4% (n=58) in SB RSCEM, and 58% (n=31) in DMA. Due to SPASCI and its complications, SB RSCEM 3 (5,2%), SBRTAOSAMC 4 (12,1%), and DMA 8 (25,8%) patients died. **Summary.** Thus, the analysis showed that the provision of specialized medical care to SPASCI patients is mainly carried out in two large medical institutions of the region - SB RSCEM and SBRTAOSAMC.

Keywords: spine, spinal cord, injury.

Актуальность проблемы. Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) характеризуется механическим повреждением позвоночника и спинного мозга (спинномозговых нервов, его сосудов и оболочек). ПСМТ по структуре травматизма занимает третье место [5,8].

Закрывающаяся ПСМТ составляет от 3 до 5% [1,2]. ПСМТ более 80% случаев наблюдаются у взрослых в возрасте 17-45 лет. Мужчин составляют от 62,5 до 76,5% от всех пострадавших [7,9].

Повреждающее воздействие первичной травмы позвоночника и спинного мозга опасно и нередко необратимо. Также часто встречается вторичное повреждение спинного мозга в результате неправильного обращения с пострадавшим на догоспитальном этапе при оказании им медицинской помощи. Поэтому, важнейшей задачей догоспитального этапа, является не повредить спинной мозг и ухудшить общее состояние пострадавшего с ПСМТ и своевременно транспор-

тировать его на стационар, где оказывается адекватное лечение [4,11,12,14].

Причиной наиболее распространенных ошибок на догоспитальном этапе является неправильная оценка состояния пострадавшего с ПСМТ вследствие бессознательного или неадекватного (алкогольного опьянения) состояния и т.д. Поэтому, пока полностью не проведено тщательное клиническое и рентгенологическое исследование, пострадавших этих категорий необходимо считать пострадавшими, имеющими нестабильную травму позвоночника [3, 7, 13].

Для улучшения результатов лечения и предупреждения возможных последствий ПСМТ необходимо совершенствовать методы оказания медицинской помощи на месте травмы, осуществлять адекватной эвакуации пострадавших в специализированные центры областного или республиканского уровня. Научно доказано, что своевременная транспортировка пострадавших с

ПСМТ в специализированные центры, значительно снижает количество осложнений и летальности, а также улучшает исходы проведенного лечения (6,10).

Когда пострадавший с ПСМТ поступает в стационар, очень многое зависит от квалификации специалистов лечебного учреждения, быстроты правильного и квалифицированного оказания медицинской помощи.

Цель исследования. Анализировать на основании медицинских документов оказания медицинской помощи пострадавшим с позвоночно-спинномозговой травмой в Самаркандской области.

Материал и методы исследования. Нами были проанализированы медицинские карты стационарного больного (форма №003/У) 122 пострадавших с ПСМТ, которые были госпитализированы в СФ РНЦЭМП, СФ РНЦТО и районные медицинские объединения (РМО) в период 2015-2019 годы. Всем больным, кроме тщательного клинико-неврологического обследования, проводились (в зависимости от существующих возможностей лечебных учреждений) рентгенологическое, компьютерное и магнитно-резонансное исследования (КТ, МРТ), а также, были изучены проведенные развернутые анализы крови, мочи и иногда ликвора.

Анализ полученных результатов. Анализ результатов уровня оказания медицинской помощи проводилось с учетом определения уровня неврологического состояния по шкале ASIA/IMSOP при поступлении и выписке (или смерти) больного, критерий исхода (выписан./умер) и функциональный исход в зависимости от срока поступления больных в стационар.

В таблице 1 представлен тип повреждения спинного мозга (ASIA/IMSOP) у пострадавших с ПСМТ при поступлении на разные стационары. Из таблицы 1 следует, что доля пострадавших с серьезными неврологическими дефицитами, проявляющимся полным параличом и нарушением функции тазовых органов (тип А и В) во всех лечебных учреждениях довольно высока и составляет 36,2% в СФ РНЦЭМП, 51,5% - в СФ РНЦТО и 35,4% - в РМО.

В СФ РНЦЭМП отмечено наибольшее число больных с типом повреждения D, т.е. 26 (44,8%) пострадавших (парапарез с умеренным ограничением двигательных функций или движения ниже уровня поражения с сохранением основных мышц более 3 баллов).

С типом повреждения D в СФ РНЦТО находились 13 (39,3%) и в РМО - 10 (32,5%) больных.

Таблица 1. Распределение больных по типу повреждения спинного мозга при поступлении в стационары области

Типы повреждений	СФРНЦЭМП n-58		СФРНЦТО n-33		РМО n-31		Итого n=122	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
ASIA/IMSOP								
Тип А	17	29,3	14	42,4	10	32,5	41	33,6
Тип В	4	6,9	3	9	1	3,2	8	6,5
Тип С	11	18,9	3	9	9	29	23	18,8
Тип D	26	44,8	13	39,3	10	32,5	49	40,2
Тип E	-	-	-	-	1	3,2	1	0,8
Всего	58	100	33	100	31	100	122	100

Таблица 2. Распределение больных по степени повреждения спинного мозга (ASIA/IMSOP) при выписке из стационара

Учреждение	СФ РНЦЭМП		СФ РНЦТО		РМО		Итого	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
Тип повреждения								
Тип А	15	12,3	13	10	9	7,4	37	30,3
Тип В	4	3,3	3	2,4	1	0,8	8	6,5
Тип С	5	4,1	3	2,4	1	0,8	9	7,4
Тип D	27	22,1	6	4,9	9	7,4	42	34,4
Тип E	7	5,7	8	6,5	11	9,1	26	21,3
Всего	58	47,5	33	27	31	25,5	122	100

Таблица 3. Итоговые данные о функциональных результатах лечения по шкале ASIA/IMSOP

Этап	Тип А		Тип В		Тип С		Тип D		Тип E	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
При поступлении	41	33,6	8	6,5	23	18,8	49	40,2	1	0,8
При выписке	37	30,3	8	6,5	9	7,4	42	34,4	26	21,3

Таблица 4. Исходы лечения больных с позвоночно-спинномозговыми травмами в разных лечебных учреждениях

Учреждение	СФРНЦЭМП n=58		СФРНПЦТО n=33		РМО n=31		Итого n=122	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Выписаны	55	94,8	29	87,9	23	74,1	107	87,7
Умерли	3	5,2	4	12,1	8	25,8	15	12,3

Таблица 5. Сроки поступления больных с ПСМТ в различные лечебные учреждения

Виды стационаров	Сроки поступления пострадавших с ПСМТ			Всего
	до 6 часов	От 7ч до 2 суток	Более 3 суток	
СФ РНЦЭМП	9 (15,8%)	25 (43,9%)	23 (40,4%)	57 (100%)
СФ РНПЦТО	12 (52,2%)	7 (30,4%)	4 (17,4%)	13 (100%)
РМО	15 (55,6%)	9 (33,3%)	3 (11,1%)	27 (100%)
Итого	36 (33,6%)	41 (38,3%)	30 (28,0%)	107 (100%)

В таблице 2 представлены данные о структуре распределения пострадавших по типу повреждения спинного мозга (ASIA/IMSOP) при выписке из стационара (с учетом случаев с летальным исходом).

При анализе функциональных исходов лечения отчетливо видно, что значительно увеличилась доля больных в группе Е (полное излечение) - 26 (21,3%) больных. У больных с самым тяжёлым неврологическим дефицитом (тип А и В) отмечены самые незначительные изменения в положительную сторону, из 49 (40,1%) пострадавших в следующий функциональный класс перешел только 4 пострадавших.

Основные изменения произошли в группах больных с типами повреждения соответствующими классами С, D и E по классификации ASIA/IMSOP. Для большей наглядности итоговые данные о функциональных результатах лечения сгруппированы в таблице 3.

Из таблицы 3 видно, что при поступлении количество больных, относящихся к группе тип А составляло 41 (33,6%), при выписки они уменьшились до 37 (30,3%). Количество больных с типом С при выписки уменьшились с 23 до 9,0. т.е., с 18,8% до 7,4%.

В таблице 4 отражён общий исход лечения больных с позвоночно-спинномозговыми травмами в разных лечебных учреждениях.

Из 122 больных выписаны из стационара для продолжения лечения 107 (87,7%) пострадавших. В СФ РНЦЭМП доля выписанных боль-

ных составила 94,8%, в СФРНПЦТО - 87,9% и в РМО - 74,1%.

Из-за тяжести ПСМТ всех локализации (шейной, грудной, поясничной) и их осложнений умерли - 15 (12,3%) пострадавших.

В СФ РНЦЭМП умерло 3 пострадавших, в СФРНПЦТО - 4 и в РМО - 8, что составило 5,2%, 12,1% и 25,8% от числа пролеченных в каждом лечебном учреждении соответственно.

Высокие цифры летальности в РМО (25,8%) объясняется отсутствием специалистов-нейрохирургов и необходимого медицинского оборудования для диагностики и лечения больных с ПСМТ. Таким образом, общая летальность больных с ПСМТ в Самаркандской области в этом периоде составила 12,3%.

Для анализа сроков поступления больных с ПСМТ от различных лечебных учреждений в специализированные медицинские учреждения больные были разделены на три группы, за исключением больных с неизвестным временем срока поступления (15 больных) (табл. 5).

Из таблицы 5 видно, что первые 6 часов от момента травмы поступило 36 (33,6%) (n=107) пострадавших с ПСМТ, причём большая часть пострадавших поступили в РМО и СФРНПЦТО (в общей сложности 27 из 36 человек).

В СФРНЦЭМП большинство пострадавших поступили более 7 часов от момента травмы (48 из 57 человек, что составило 84,2%), а также достаточно большое количество пострадавших - 23 (40,4%) поступили более 3 суток после ПСМТ.

Таблица 6. Зависимость исходов лечения от сроков поступления в специализированные лечебные учреждения (абс.число и %)

Время поступления	Исход лечения		Всего
	Умер в стационаре	Выписан	
До 6 часов	8 (22,2%)	28 (77,8%)	36 (100%)
От 7 часов до 2 суток	4 (9,8%)	37 (90,2%)	41 (100%)
Более 3 суток	3 (10,0%)	27 (90,0%)	30 (100%)
Итого	15 (14,0%)	92 (86,0%)	107 (100%)

Таблица 7. Функциональный исход у пострадавших с ПСМТ при выписке (ASIA) в зависимости от времени доставки в стационар (абс. числа и %)

Время доставки	Функциональный исход (ASIA/IMSOP)					Всего
	А	В	С	Д	Е	
До 6 часов	10 (27,8%)	1 (2,8%)	3 (8,3%)	8 (22,2%)	14 (38,9%)	36 (100%)
От 7 часов до 2 суток	14 (34,1%)	4 (9,8%)	5 (12,2%)	8 (19,5%)	10 (24,4%)	41 (100%)
Более 3 суток	3 (10,0%)	3 (10,0%)	1 (3,3%)	7 (23,3%)	16 (53,3%)	30 (100%)
Итого	27 (25,2%)	8 (7,5%)	9 (8,4%)	23 (21,5%)	40 (37,4%)	107 (100%)

Таблица 8. Сроки поступления пострадавших с ПСМТ в различные лечебные учреждения (с момента получения травмы)

Учреждение Время	СФРНЦЭМП		СФРНЦТО		РМО		Итого	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
0-1 час	0	0	6	4,9	2	1,6	8	6,5
1-3 часа	6	9,0	4	3	11	9,1	21	17,2
4-6 часов	3	2,4	2	1,6	2	1,6	7	5,8
7-24 часа	13	10,8	5	4,1	7	5,8	25	20,5
1-2 суток	12	9,8	2	1,6	2	1,6	16	31,1
3-6 суток	6	4,9	2	1,6	0	0	8	6,5
>7 суток	17	13,9	2	1,6	3	2,4	22	18,0
Не указано	1	0,8	10	8,2	4	3,3	15	12,3
Всего	58	51,6%	33	26,6%	31	25,4	122	100

СФ РНЦЭМП и РМО области принимали большую часть пострадавших в остром периоде ПСМТ и имели возможность оказать помощь больным ещё до развития необратимых изменений в спинном мозге. СФ РНЦТО в основном принимали больных в раннем периоде ПСМТ.

При исследовании зависимости исхода лечения от времени срока поступления в стационар пострадавшие были разделены на три группы (табл. 6), при этом были исключены пострадавшие с неясным временем срока поступления (n=15).

Анализ медицинских документов показал, что в течение 2 суток в стационары области поступили 77 (72%) пострадавших, а после 3 суток 30 пострадавших, что составило 28% (от n=107).

15 пострадавших, поступивших в стационар в тяжелом состоянии и грубыми неврологическими нарушениями (тип А и В) в дальнейшем скончались, что составило 11,2% от всех поступивших (n=107). Из них, в течение 6 часов после госпитализации умерли 8 (22,2%) больных, в срок от 7 часов до 2 суток - 4 (9,8%) и более 3 суток - 3 (10%) больных (табл. 6).

Нами было изучено качество оказания медицинской помощи пострадавшим (по данным выписки) путём выявления зависимости от времени получения ПСМТ и госпитализации больного в стационар.

С этой целью в качестве критерия был избран тип повреждения спинного мозга по классификации ASIA/IMSOP при выписке больного из стационара.

Пострадавшие были разделены на три группы по временному интервалу, за исключением больных с неизвестным временем поступления в клинику (табл. 7).

Полученные результаты функциональных исходов пострадавших с ПСМТ показали, что 29 из 35 выписанных из стационара больной с выраженным неврологическим дефицитом (тип А и В по шкале ASIA/IMSOP) поступили в стационар в течение 2 суток от момента травмы, что составило 27,1% от всех поступивших (n=107).

Таким образом, по данным нашего исследования результат функционального исхода на момент выписки больного из стационара (ASIA/IMSOP) не зависел от времени с момента ПСМТ до доставки пострадавшего в стационар.

Как известно, качество проводимого лечения пострадавших с ПСМТ зависит от своевременного установления правильного диагноза, основанного углубленного неврологического осмотра с учетом результатов проведенных современных дополнительных методов (МСКТ, МРТ) исследования.

При анализе медицинской документации выявлено в 22 (35,3%) случаях несвоевременного установления диагноза ПСМТ. Из них 18 случаев зарегистрировано в РМО, что составило 81,8% от всех неустановленных диагнозов (n=22) и по 2 случая в СФ РНЦЭМП и СФ РНЦТО, что составило по 9,1% (n=22).

Во всех лечебных учреждениях у 8 (6,6%) больных причиной задержки своевременного установления клинического диагноза при ПСМТ

было связано с состоянием алкогольного опьянения пострадавших (n=122). В 9 (7,4%) случаях причины несвоевременного установления диагноза выяснить не удалось.

В таблице 8 отражены данные о времени поступления пострадавших с ПСМТ от момента травмы в разные лечебные учреждения области.

Из таблицы 8 видно, что первые 3 часа поступило только 29 (23,8%) пострадавших, из них 16 (55,2%) поступили в СФ РНЦТО и СФ РНЦЭМП и только 13 (44,8%) - в РМО.

В течение первых 6 часов от момента получения ПСМТ в медицинские учреждения области поступило 36 (29,5%) пострадавших (от n=122).

Большая часть пострадавших с ПСМТ были направлены в стационар врачами скорой медицинской помощи и из стационаров РМО (60 и 46 пострадавших соответственно).

Транспортировка пострадавших осуществлена в 90 (73,8%) случаях бригадой скорой медицинской помощи, 26 (21,3%) пострадавших с попутными машинами и в 6 (4,9%) случаях больные были доставлены по линии санитарной авиации (от n=122).

При поступлении в стационар 110 пострадавших были осмотрены смежными специалистами (хирург, травматолог, нейрохирург, невролог) в течение 1 часа, что составило 91% от всех госпитализированных (n=122).

Рентгенологическое исследование было проведено в 1-е сутки 77 (63,1%) пострадавшим ПСМТ, в течение 2 суток - 11 (9%) и более 3 суток 8 (6,5%) пострадавшим. 26 (21,3%) пострадавшим рентгенологическое обследование в течение этого периода по различным причинам не было проведено.

Отмечены проблемы в проведении рентгенологического исследования в РМО в связи с отсутствием переносных рентгеновских аппаратов.

Компьютерная томография (КТ) была выполнена 46 (37,7%) пострадавшим с ПСМТ в течение 1 суток, 26 (21,3%) пострадавшим - от 2 суток и более, а 50 (40,9%) пострадавшим КТ не проводилась. КТ не была проведена тем пострадавшим, которые находились в РМО, не имеющих КТ аппаратов.

Хирургическому лечению подверглась 89 (73%) пострадавших с ПСМТ, а консервативному - 33 (27%).

Характер и объем оперативных вмешательств (рис.1) свидетельствуют, что доля оперированных в СФ РНЦЭМП и СФ РНЦТО составляют 79,7% от всех оперированных больных (n=89).

Больным были проведены декомпрессивные, декомпрессивно-стабилизирующие, стабилизирующие операции и устанавливались скелетные вытяжения.

В СФ РНЦЭМП оперировано 42, в СФ РНЦТО - 29 и в РМО - 18 пострадавших с ПСМТ, что составляло 47,2%, 37,1% и 15,7% соответственно (от n=89). Из всех операций, проведенные в РМО декомпрессивно-стабилизирующие операции составляли 3 (21,4%), скелетное вытяжение - 10 (71,4%), декомпрессивные операции - 1 (7,2%) (n=18).

Нужно отметить, что в течение 24 часов после травмы в СФ РНЦЭМП прооперировано 60,7% пострадавших (причем, в течение 12 часов - 33,3%), после 72 часов - 17,8%. В СФ РНЦТО в течение 24 часов 16,6% пострадавшим проводилось оперативное лечение, а после 72 часов - 52,3%.

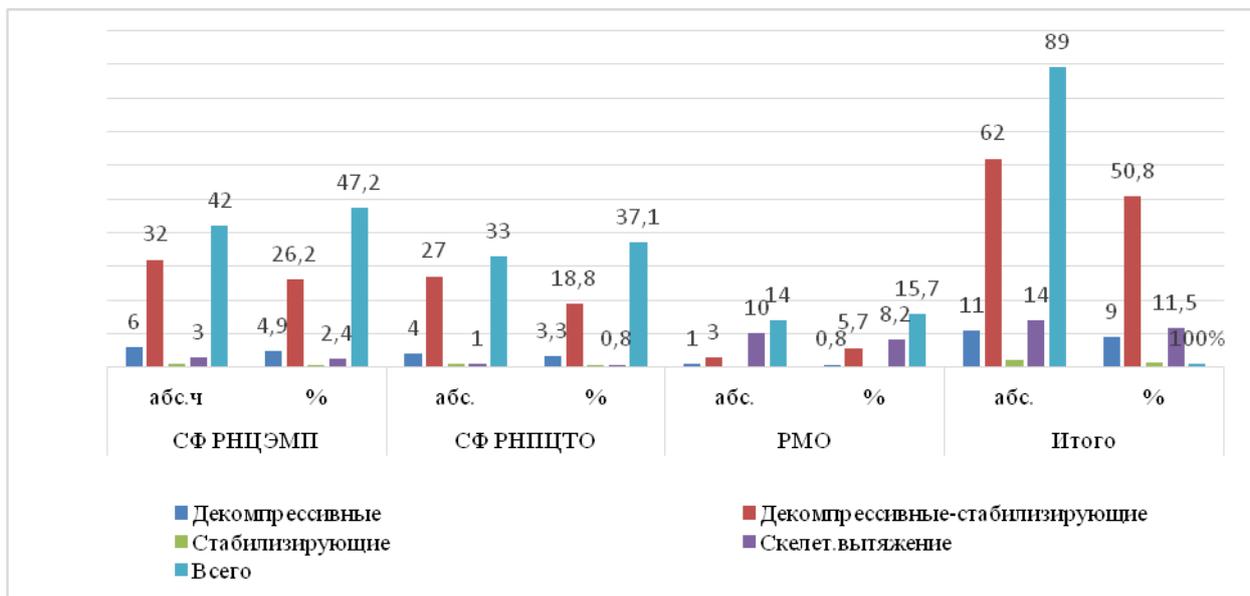


Рис. 1. Распределение больных по характеру оперативных вмешательств и по лечебным учреждениям области

Следует отметить, что во всех РМО отмечалось низкое качество послеоперационного рентгенологического обследования. Единичным пострадавшим с ПСМТ выполнялась контрольная рентгенография поврежденного участка позвоночника. Не имеется КТ обследования больных в послеоперационном периоде, которое позволяло бы точно оценить степени декомпрессии спинного мозга. Следует отметить, что в историях болезни пострадавших лечащими врачами описывались в основном угрожающие жизни осложнения ПСМТ (сепсис, пневмония, желудочно-кишечные кровотечения). Нами было отмечено только в 5 историях болезни, в которых были описаны наличие пролежни у больных (n=5). В историях болезни больных наличие желудочно-кишечного кровотечения описано в 10 случаях (3 - в СФ РНЦЭМП, 3 - в СФ РНПЦТО и 4 - в РМО). В остальных историях болезни больных имеются данные о наличии уроинфекции и пневмонии (по 6 больных). Послеоперационные осложнения зарегистрированы в историях болезни у 9 (7,4%) больных с ПСМТ. Из них 7 (5,7%) случаев описаны углубления неврологического статуса в послеоперационном периоде (4 - в СФ РНЦЭМП и 3 - в СФ РНПЦТО). Общехирургические оперативные вмешательства (лапаротомия, торакоцентез, остеосинтез трубчатых костей и т.д.) в разные сроки после травмы проведены 38 (31,1%) больным с сочетанными ПСМТ. Из 89 больных с ПСМТ, в СФ РНЦЭМП оперировано 42 (47,2%), в СФ РНПЦТО - 29 (32,5%) и в РМО - 18 (20,2%) больных. Практически все операции в РМО на позвоночнике были проведены специалистами - нейрохирургами СФ РНЦЭМП и вертебрологами СФ РНПЦТО. Хирургическая активность в СФ РНПЦТО составила 87,9% (n=33), в СФ РНЦЭМП она равнялась 72,4% (n=58) и в РМО - 58% (n=31).

В СФ РНЦЭМП пострадавшие оперировались в более ранние сроки (в течение 24 часов - 60,7%), чем в СФ РНПЦТО (в этом периоде - 16,6%). Анализ характера проведенных оперативных вмешательств у больных с ПСМТ в разных медицинских учреждениях показал, что более современными методами операций на всех отделах позвоночника владеют специалисты СФ РНЦЭМП и СФ РНПЦТО. Во всех РМО отмечено низкое качество послеоперационного рентгенологического обследования. В послеоперационном периоде динамическое КТ обследование в основном проводится в СФ РНЦЭМП, значительно меньше в СФ РНПЦТО.

Заключение. Таким образом, специализированная медицинская помощь пострадавшим с ПСМТ в Самаркандской области в основном проводится в двух крупных медицинских учреждениях - в СФ РНЦЭМП и СФ РНПЦТО. СФ РНЦЭМП принимает большую часть пострадавших в ост-

ром периоде ПСМТ, и имеют возможность оказать помощь больным ещё до развития необратимых изменений в спинном мозге. СФ РНПЦТО в основном принимает больных в раннем периоде ПСМТ. В обоих лечебных учреждениях специалисты - нейрохирурги (вертебрологи) владеют современными методами операций на всех отделах позвоночника. Транспортировка пострадавших с ПСМТ осуществляется бригадой скорой медицинской помощи или по линии службы санитарной авиации, и нередко пострадавшие с места травмы доставляются попутными транспортом.

Имеются существенные проблемы в РМО при проведении рентгенологического и КТ исследования больных с ПСМТ, в связи с отсутствием переносных рентгенологических аппаратов и КТ.

Литература:

1. Андреева Т.М., Огрызко Е.В. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России /под ред. акад. РАН С.П.Миронова. М. Телер, 2017; 131 с.
2. Аликов З.Ю. Совершенствование организации и содержания специализированной медицинской помощи пострадавшим с позвоночно-спинномозговой травмой в условиях мегаполиса. Автореф. к.м.н. Москва. -2018. -31с.
3. Глазков Р.В. Комплексная оценка тяжести повреждений позвоночника и спинного мозга. Автореф. дисс. к.м.н. Москва. 2017. 32с.
4. Грин А.А. хирургическое лечение пациентов с множественной позвоночно-спинномозговой травмой на грудном и поясничном отделе уровнях (обзор литературы). Нейрохирургия. 2018. Том № 20. №1.с.64-75.
5. Дулаев А.К. Эффективность централизованной системы оказания специализированной медицинской помощи при острой позвоночно-спинномозговой травме в современном мегаполисе. //Хирургия позвоночника. - 2019. - Т.16, № 1. - С. 8-15.
6. Кривенко С.Н., и др. Экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе и прогноз исходов при сочетанных повреждениях, компонентом которых является позвоночно-спинномозговая травма //Гений ортопедии. Журнал клинической и экспериментальной ортопедии им. Г.А. Илизарова № 3, 2015 г. 2015. № 3. С. 22-25.
7. Лобзин С.В., и др. Острая позвоночно-спинномозговая травма в Санкт Петербурге: Эпидемиологические данные, частота, гендерные и возрастные особенности. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И.Мечникова. 2019.-Т.1. - №2. -с. 27-34.

8. Махкамов К.Э., Исраилов Д.У., Кузибаев Ж.М. Оказание медицинской помощи больным с позвоночно-спинномозговой травмой в системе экстренной медицинской помощи. Вестник экстренной медицины. Ташкент. 2011. №1. С.28-32
9. Толкачев В.С., и др. эпидемиология травм позвоночника и спинного мозга. Саратовский научно-медицинский журнал. 2018. 14 (3). С.592-595.
10. Хакимова С. З., Ахмадеева Л. Р. Маркеры дисфункции эндотелия в дистальных сосудах больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях различного генеза //Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 26-30.
11. Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш. Анализ состояния осложненных повреждений позвоночника в Самаркандской области. Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021, №1(125). С.108-112.
12. Hood N. Spinal immobilisation in pre-hospital and emergency care: a systematic review of the literature //Australas. Emerg.Nurs.J. - 2015. - Vol. 18, № 3. - P. 118-137.
13. Yuldashev S. S., et al To Questions of surgical tactics in damages of the thoracic and lumbar parts of the spine //european journal of molecular & clinical medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 03. – С. 2020.
14. Yuldashev S. S., et al Endolumbal nootropic-ozone therapy in complex treatment of patients with complicated spinal injury in acute period //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 03. – С. 2020.

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш.

Резюме. Актуальность проблемы. Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) – механическое повреждение позвоночника и спинного мозга (его корешков) занимает 3 место среди травм опорно-двигательного аппарата, в связи возникающими осложнениями и последствиями. Цель исследования. Анализировать на основании медицинских документов оказания медицинской помощи пострадавшим с позвоночно-спинномозговой травмой в Самаркандской области. Материал и методы исследования. Нами были проанализированы медицинские карты стационарного больного (форма №003/У) 122 пострадавших с ПСМТ, которые были госпитализированы в СФ РНЦЭМП, СФ РНЦЦТО и районные медицинские объединения (РМО) в период 2015-2019 годы. Результаты исследования. В течении 6 часов после ПСМТ госпитализированы 34 (29,5%) пострадавших с ПСМТ (n=122). Транспортировка пострадавших осуществлена в 90 (73,8%) случаях бригадой скорой медицинской помощи, 26 (21,3%) пострадавших с попутными машинами и в 6 (4,9%) случаях больные были доставлены по линии санитарной авиации (от n=122). Анализ медицинских доку-

ментов показал, что в течение 2 суток после ПСМТ в стационары были госпитализированы 77 (72%) пострадавших, а после 3 суток - 30 (28%) пострадавших (n=107). При поступлении в стационар 110 пострадавших были осмотрены смежными специалистами (хирург, травматолог, нейрохирург, невролог) в течение 1 часа, что составило 91% от всех госпитализированных (n=122). Рентгенологическое исследование было проведено в 1-е сутки 77 (63,1%) пострадавшим ПСМТ, в течение 2 суток - 11 (9%) и более 3 суток 8 (6,5%) пострадавшим. 26 (21,3%) пострадавшим рентгенологическое обследование в течение этого периода по различным причинам не было проведено. Отмечены проблемы в проведении рентгенологического исследования в РМО из-за отсутствия переносного рентгеновского аппарата. Компьютерная томография (КТ) была выполнена 46 (37,7%) пострадавшим с ПСМТ в течение 1 суток, 26 (21,3%) пострадавшим - от 2 суток и более, а 50 (40,9%) пострадавшим КТ не проводилась. КТ не была проведена тем пострадавшим, которые находились в РМО, не имеющих КТ аппаратов. Анализ результатов уровня оказания медицинской помощи проводился с учетом определения уровня неврологического состояния по шкале ASIA/IMSOP при поступлении и выписке (или смерти) больного, критерий исхода (выписан./умер) и функциональный исход в зависимости от срока поступления больных в стационар. Пострадавших с серьезными неврологическими дефицитами, проявляющимся полным параличом и нарушением функции тазовых органов (тип А и В) во всех лечебных учреждениях довольно высока и составляет 36,2% в СФ РНЦЭМП, 51,5% - в СФ РНЦЦТО и 35,4% - в РМО. В СФ РНЦЭМП отмечено наибольшее число больных с типом повреждения D - 26 (44,8%) пострадавших (парализованы с умеренным ограничением двигательных функций или движения ниже уровня поражения с сохранением основных мышц более 3 баллов). Это показатель был в СФ РНЦЦТО - 13 больных (39,3%) и в РМО - 10 (32,5%) больных. При поступлении количество больных, относящихся к группе тип А составляло 41 (33,6%), а при выписки они уменьшились до 37 (30,3%). Количество больных с типом С при выписки уменьшились с 23 до 9,0 т.е. с 18,8% до 7,4%. Хирургическому лечению подверглась 89 (73%) пострадавших с ПСМТ, а консервативному - 33 (27%). Характер и объем оперативных вмешательств свидетельствуют, что доля оперированных в СФ РНЦЭМП и СФ РНЦЦТО составляют 79,7% от всех оперированных больных (n=89). Хирургическая активность в СФ РНЦЦТО составила 87,9% (n=33), в СФ РНЦЭМП она равнялась 72,4% (n=58) и в РМО - 58% (n=31). Из-за тяжести ПСМТ всех локализации (шейной, грудной, поясничной) и их осложнений умерли - 15 (12,3%) пострадавших. В СФ РНЦЭМП умерло 3 пострадавших, в СФ РНЦЦТО - 4 и в РМО - 8, что составило 5,2%, 12,1% и 25,8% от числа пролеченных в каждом лечебном учреждении соответственно. Заключение. Таким образом, специализированная медицинская помощь пострадавшим с ПСМТ в Самаркандской области в основном проводится в двух крупных медицинских учреждениях - в СФ РНЦЭМП и СФ РНЦЦТО.

Ключевые слова. Позвоночник, спинной мозг, повреждение.