



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Ставропольского края

ПРИКАЗ

13 декабря 2019 г

г. Ставрополь

№ 01-09/1360

О совершенствовании мер по организации в Ставропольском крае медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях

В целях совершенствования организации в Ставропольском крае медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (далее – ДТП), и реализации на территории Ставропольского края мероприятий регионального плана по снижению смертности населения от ДТП, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 927н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком»

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить прилагаемые:

1.1. Перечень медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края (далее – МО СК), на базе которых функционируют травмоцентры 1-ого, 2-ого и 3-его уровней, для оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП.

1.2. Зоны ответственности МО СК и схемы эвакуации пострадавших с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавших при ДТП, на участках федеральных автомобильных дорог, проходящих по территории Ставропольского края, а также на иных участках автомобильных дорог с твердым покрытием на всей территории Ставропольского края.

1.3. Схемы медицинской эвакуации и алгоритм медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП.

1.4. Положение о деятельности травмоцентров 1-ого, 2-ого и 3-его уровней, функционирующих на базе МО СК.

1.5. Перечень индикаторов качества оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП, в травмоцентрах 1-ого, 2-ого и 3-его уровней.

1.6. Положение о наделении полномочиями организационно-методического сопровождения мероприятий по организации медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП, травмоцентра 1-ого уровня, функционирующего на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

1.7. Методические рекомендации «Организация оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, в травмоцентрах Ставропольского края».

2. МО СК при оказании медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП, руководствоваться в работе методическими рекомендациями «Организация оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, в травмоцентрах Ставропольского края».

3. Должностным лицам министерства здравоохранения Ставропольского края, руководителям МО СК обеспечить в пределах компетенции выполнение условий соглашения «О взаимодействии при ликвидации последствий дорожно-транспортных происшествий», заключенного между Главным управлением Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий по Ставропольскому краю, министерством здравоохранения Ставропольского края, Главным управлением Министерства внутренних дел Российской Федерации по Ставропольскому краю 15 апреля 2014 г.

4. Признать утратившим силу приказ министерства здравоохранения Ставропольского края от 08 июня 2015 г. № 01-05/391 «О реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в Ставропольском крае».

5. Настоящий приказ вступает в силу на следующий день после дня его официального опубликования.

6. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Ставропольского края Кузьменко М.П.

Министр



В.Н. Мажаров

УТВЕРЖДЕН

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «13»_декабря_2019 г. № 01-05/1360

ПЕРЕЧЕНЬ

медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края, на базе которых функционируют травмоцентры 1-ого, 2-ого и 3-его уровней, для оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях

1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края (далее - ГБУЗ СК) «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя, травмоцентр 1-ого уровня.
2. ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска, травмоцентр 1-ого уровня.
3. ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1», город Будённовск, травмоцентр 1-ого уровня.
4. ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномысска, травмоцентр 2-ого уровня.
5. ГБУЗ СК «Петровская районная больница», травмоцентр 2-ого уровня.
6. ГБУЗ СК «Кисловодская городская больница», травмоцентр 2-ого уровня (с 01.01.2020 г.).
7. ГБУЗ СК «Ессентукская городская клиническая больница», травмоцентр 2-ого уровня (с 01.01.2020 г.).
8. ГБУЗ СК «Андроповская районная больница», травмоцентр 3-его уровня.
9. ГБУЗ СК «Апанасенковская районная больница им. Н.И. Пальчикова», травмоцентр 3-его уровня.
10. ГБУЗ СК «Арзгирская районная больница», травмоцентр 3-его уровня
11. ГБУЗ СК «Благодарненская районная больница», травмоцентр 3-его уровня.
12. ГБУЗ СК «Изобильненская районная больница», травмоцентр 3-его уровня.
13. ГБУЗ СК «Кировская районная больница», травмоцентр 3-его уровня.
14. ГБУЗ СК «Кочубеевская районная больница», травмоцентр 3-его уровня.
15. ГБУЗ СК «Красногвардейская районная больница», травмоцентр 3-его уровня.

16. ГБУЗ СК «Курская районная больница», травмоцентр 3-его уровня.
17. ГБУЗ СК «Левокумская районная больница», травмоцентр 3-его уровня
18. ГБУЗ СК «Минераловодская районная больница», травмоцентр 3-его уровня.
19. ГБУЗ СК «Нефтекумская районная больница», травмоцентр 3-его уровня.
20. ГБУЗ СК «Новоалександровская районная больница», травмоцентр 3-его уровня.
21. ГБУЗ СК «Предгорная районная больница», травмоцентр 3-его уровня.
22. ГБУЗ СК «Советская районная больница», травмоцентр 3-его уровня.

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «13»_декабря_ 2019 г. № 01-05/1360

ЗОНЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края и схемы эвакуации пострадавших с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях, на участках федеральных автомобильных дорог, проходящих по территории Ставропольского края, а также на иных участках автомобильных дорог с твердым покрытием на всей территории Ставропольского края

1. Транспортировка пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, с места дорожно-транспортного происшествия (далее – ДТП) на федеральной автомобильной дороге (далее – ФАД) М-29 «Кавказ»; ФАД А-157 «Аэропорт Минеральные Воды – Карачаевск»; ФАД А-154 «Астрахань – Элиста – Ставрополь»; участке ФАД Р-263 «Кочубей – Нефтекумск – Зеленокумск – Минеральные Воды»; участке ФАД А-156 «Лермонтов – Черкесск»; участке ФАД Р-269 «Ставрополь – Донское – Красногвардейское – Ростов-на-Дону»; участке автомобильной дороги «Ставрополь – Изобильный – Новоалександровск – Краснодар», а также с иных участков автомобильных дорог с твердым покрытием на всей территории Ставропольского края в травмоцентры 1-ого, 2-ого уровней осуществляется согласно зонам ответственности реанимобилями класса «С».

2. С участка ФАД М-29 «Кавказ» между 209 и 229 км, а также с подъезда от границы с Карачаево-Черкесской Республикой до ФАД М-29 доставка пострадавших с сочетанной травмой, сопровождающейся шоком, осуществляется в травмоцентр 2-ого уровня, функционирующий на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края (далее – ГБУЗ СК) «Городская больница» города Невинномыска. Зона ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Кочубеевская районная больница».

3. С участка ФАД М-29 «Кавказ» между 237 и 261 км доставка пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 2-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномыска. Зона ответственности ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномыска. Зона ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Кочубеевская районная больница».

4. Доставка пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, с участка ФАД М-29 подъезд к г. Ставрополю круглосуточно осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская

клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя. Зона ответственности ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

5. С участка ФАД М-29 «Кавказ» между 261 и 313 км доставка пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 2-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномысска. Зона ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Андроповская районная больница».

6. С участка ФАД М-29 «Кавказ» между 313 и 360 км доставка пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-го уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска. Зона ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Минераловодская районная больница».

7. С участка ФАД М-29 «Кавказ» между 360 и 372 км доставка пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска. Зона ответственности травмоцентра 1-ого уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска.

8. С участка ФАД М-29 «Кавказ» между 372 и 382 км доставка пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска. Зона ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Предгорная районная больница».

9. Участок ФАД М-29 «Кавказ» с 382 по 400 км находится в зоне ответственности Кабардино-Балкарской Республики (по согласованию).

10. С участка трассы М-29 «Кавказ» между 400 и 405 км доставка пострадавших с сочетанной, множественной и изолированной травмой, сопровождающейся шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска. Зона ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Кировская районная больница».

11. Участок ФАД А-157 «Аэропорт Минеральные Воды – Карачаевск» (от трассы 22 км) (0 – 48 км) является зоной ответственности травмоцентра 1-ого уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска. Госпитализация пострадавших осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска.

12. Участок ФАД А-157 «Аэропорт Минеральные Воды – Карачаевск» (от трассы 6 км) (0 – 15 км) является зоной ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Минераловодская районная

больница». Госпитализация пострадавших осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска.

13. Участок ФАД А-157 «Аэропорт Минеральные Воды – Карачаевск» (от трассы 10 км) (16 – 40 км) является зоной ответственности травмоцентра 2-ого уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Ессентукская городская клиническая больница». Госпитализация пострадавших осуществляется в травмоцентр 2-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Ессентукская городская клиническая больница».

14. Участок ФАД А-157 «Аэропорт Минеральные Воды – Карачаевск» (от трассы 6 км) (41 – 48 км) является зоной ответственности травмоцентра 2-ого уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Кисловодская городская больница» г. Кисловодск. Госпитализация пострадавших осуществляется в травмоцентр 2-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Кисловодская городская больница».

15. Участок ФАД А-154 «Астрахань – Элиста – Ставрополь» между 389 и 443 км является зоной ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Апанасенковская районная больница имени Н.И. Пальчикова». Госпитализация пострадавших осуществляется в травмоцентр 2-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Петровская районная больница».

16. Участки ФАД А-154 «Астрахань – Элиста – Ставрополь» между 444 и 522 км и примыкающий к ФАД участок автомобильной дороги Р-266 до населенного пункта Шишкино являются зоной ответственности травмоцентра 2-ого уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Петровская районная больница». Госпитализация пострадавших осуществляется в травмоцентр 2-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Петровская районная больница».

17. Участок ФАД А-154 «Астрахань – Элиста – Ставрополь» между 523 и 573 км является зоной ответственности травмоцентра 1-ого уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

18. Участок ФАД «Кочубей – Нефтекумск – Зеленокумск – Минеральные Воды» Р-263 с 95 по 146 км находится в зоне ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Нефтекумская районная больница». Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1», город Будённовск.

19. Участок ФАД «Кочубей – Нефтекумск – Зеленокумск – Минераль-

ные Воды» Р-263 с 147 по 196 км находится в зоне ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Левокумская районная больница». Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1», город Будённовск.

20. Участок ФАД «Кочубей – Нефтекумск – Зеленокумск – Минеральные Воды» Р-263 с 197 по 251 км, а также примыкающий участок дороги Р-266, проходящий по территории Буденновского района, находятся в зоне ответственности травмоцентра 1-ого уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1», г. Будённовска. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1», город Будённовск.

21. Участок ФАД «Кочубей – Нефтекумск – Зеленокумск – Минеральные Воды» Р-263 с 252 по 313 км находится в зоне ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Советская районная больница». Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1», город Будённовск.

22. Участок ФАД «Кочубей – Нефтекумск – Зеленокумск – Минеральные Воды» Р-263 с 314 по 348 км находится в зоне ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Минераловодская районная больница». Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска.

23. Участок ФАД Р-269 «Ставрополь – Донское – Красногвардейское – Ростов-на-Дону» со 189 по 244 км является зоной ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Красногвардейская районная больница». Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

24. Участок ФАД Р-269 «Ставрополь – Донское – Красногвардейское – Ростов-на-Дону» с 245 по 279 км является зоной ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Изобильненская районная больница». Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

25. Участок ФАД Р-269 «Ставрополь – Донское – Красногвардейское – Ростов-на-Дону» с 280 по 331 км является зоной ответственности травмоцентра 1-ого уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

26. Участок автомобильной дороги Ставрополь – Изобильный – Новоалександровск – Краснодар от границы с Краснодарским краем, проходящий по территории Новоалександровского района, является зоной ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Новоалександровская районная больница». Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

27. Участок автомобильной дороги Ставрополь – Изобильный – Новоалександровск – Краснодар, проходящий по территории Изобильненского района до трассы Р-269 «Ростов – Ставрополь», является зоной ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Изобильненская районная больница». Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

28. Участок федеральной автодороги А-156 «Лермонтов – Черкесск» является зоной ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Предгорная районная больница». Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска.

29. Зоной ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Арзгирская районная больница», являются автодороги с твердым покрытием, проходящие по территории Арзгирского района. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1», город Будённовск.

30. Зоной ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Курская районная больница», являются автодороги с твердым покрытием, проходящие по территории Курского района. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска.

31. Зоной ответственности травмоцентра 3-его уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Благодарненская районная больница», является участок автодороги Р-266, проходящий по территории Благодарненского района. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 2-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК

«Петровская районная больница», или в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1», город Будённовск.

32. Зоной ответственности ГБУЗ СК «Труновская районная больница» являются автодороги с твердым покрытием, проходящие по территории Труновского района. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

33. Зоной ответственности ГБУЗ СК «Шпаковская районная больница» являются автодороги с твердым покрытием, проходящие по территории Шпаковского района. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

34. Зоной ответственности ГБУЗ СК «Грачевская районная больница» являются автодороги, проходящие по территории Грачевского района. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

35. Зоной ответственности ГБУЗ СК «Александровская районная больница» являются автодороги с твердым покрытием, проходящие по территории Александровского района. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

36. Зоной ответственности ГБУЗ СК «Новоселицкая районная больница» являются автодороги с твердым покрытием, проходящие по территории Новоселицкого района. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1», город Будённовск.

37. Зоной ответственности ГБУЗ СК «Степновская районная больница» являются автодороги с твердым покрытием, проходящие по территории Степновского района. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1», город Будённовск.

38. Зоной ответственности ГБУЗ СК «Ипатовская районная больница» являются автодороги с твердым покрытием, проходящие по территории Ипатовского района. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 2-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Петровская районная больница».

39. Зоной ответственности ГБУЗ СК «Апанасенковская районная больница им. Н.И. Пальчикова» являются автодороги, проходящие по территории Апанасенковского района. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 2-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Петровская районная больница».

40. Зоной ответственности ГБУЗ СК «Туркменская районная больница» являются автодороги с твердым покрытием, проходящие по территории Туркменского района. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 2-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Петровская районная больница».

41. Зоной ответственности ГБУЗ СК «Георгиевская районная больница» являются автодороги с твердым покрытием, проходящие по территории Георгиевского района и города Георгиевска. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска.

42. Зоной ответственности ГБУЗ СК «Кисловодская городская больница» (травмоцентр 2-ого уровня) являются автодороги с твердым покрытием, проходящие по территории города Кисловодска. Госпитализация пострадавших осуществляется в травмоцентр 2-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Кисловодская городская больница». По показаниям перевод на 1-2 сутки в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска, или травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

43. Зоной ответственности ГБУЗ СК «Ессентукская городская клиническая больница» (травмоцентр 2-ого уровня) являются автомобильные дороги с твердым покрытием, проходящие по территории города Ессентуки. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 2-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Ессентукская городская клиническая больница». По показаниям осуществляется перевод на 1-2 сутки в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска, или травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

44. Зоной ответственности ГБУЗ СК «Железноводская городская больница» являются автомобильные дороги с твердым покрытием, проходящие по территории г. Железноводска. Госпитализация пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, осуществляется в травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска.

45. Перевод и госпитализация пострадавших для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в

травмоцентры 1-ого уровня, функционирующие на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя, ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска и ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1», город Будённовск, осуществляется в первые 24 часа и последующие дни с момента получения травмы после стабилизации показателей гемодинамики, при любом уровне сознания по согласованию с заведующими отделениями сочетанной травмы травмоцентров 1-ого уровня и заместителями главных врачей данных медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края.

46. Перевод и госпитализация пострадавших для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в травмоцентры 1-ого уровня, функционирующие на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя, ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска и ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1», город Будённовск, осуществляется только реанимобилями класса «С».

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом министерства здравоохранения
Ставропольского края
от «13» декабря 2019 г. № 01-05/1360

СХЕМЫ

медицинской эвакуации и алгоритм медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях

1. Оказание медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, на месте происшествия:

1.1. Для оказания помощи пострадавшим при дорожно-транспортном происшествии (далее – ДТП), с кататравмой, синдромом длительного сдавления, переломами длинных трубчатых костей и другими изолированными повреждениями, сопровождающимися травматическим шоком, на место происшествия приезжает реанимобиль с бригадой в составе врача-реаниматолога, двух фельдшеров (автомобили класса «С»).

1.2. Оказание первой медицинской помощи должно включать обеспечение проходимости дыхательных путей и функции внешнего дыхания, реанимационные мероприятия, при наличии комы – интубация трахеи и искусственная вентиляция легких (далее – ИВЛ), поддержание показателей гемодинамики инфузионной терапией (2 периферических доступа), временная остановка наружного кровотечения (с указанием времени наложения жгута), обезболивание, транспортную фиксацию поврежденных сегментов, фиксацию шейного отдела позвоночника жесткими воротниками.

1.3. При наличии противошокового костюма после проведения реанимационных мероприятий дальнейшая транспортировка в медицинские организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края (далее – МО СК) осуществляется в противошоковом костюме.

1.4. Медицинская эвакуация пострадавших с места получения соответствующей травмы, места ДТП осуществляется только в ближайшие МО СК, в структуре которых сформированы травмоцентры 1-ого и 2-ого уровня, в соответствии с возрастной принадлежностью пострадавших и зонами ответственности данных МО СК на госпитальном этапе.

1.5. В ближайшие к месту получения соответствующей травмы, месту ДТП МО СК, в структуре которых сформированы травмоцентры 3-его уровня, может быть осуществлена медицинская эвакуация пострадавших только в следующих случаях:

при наличии у пострадавшего повреждений, требующих экстренного хирургического вмешательства, без которого реанимационные мероприятия

обречены на неудачу в течение ближайших 10-20 минут, в том числе поврежденных, сопровождающихся обширными разрушениями грудной или брюшной стенки, кровотечением из синусов головного мозга, кровотечением из магистральных сосудов. После проведения экстренного хирургического вмешательства и стабилизации гемодинамических показателей пациент должен быть в кратчайшие сроки (оптимально в первые 24 часа с момента доставки пациента в травмоцентр 3-его уровня) переведен для дальнейшего лечения в травмоцентр 1-ого уровня;

при наличии у пострадавшего изолированной травмы конечности, не сопровождающейся шоком, при стабильном гемодинамическом состоянии пациента и способности его к самостоятельному передвижению.

1.6. До прибытия бригады скорой медицинской помощи (далее – СМП) на место получения соответствующей травмы (место ДТП), информация о ДТП (кататравме и т.д.) должна сообщаться диспетчером службы СМП в ближайшую к месту происшествия МО СК, на базе которой функционирует травмоцентр 1-ого, 2-ого, 3-его уровня. В процессе транспортировки с места получения соответствующей травмы, с места ДТП необходимо информировать МО СК на этапе эвакуации для своевременной подготовки сил и средств к приему пострадавших.

1.7. До прибытия реанимобиля на место получения пострадавшими травм, сопровождающимися шоком (в том числе на место ДТП) оказание первой помощи рекомендуется осуществлять в порядке само- и взаимопомощи, в том числе и сотрудниками дорожно-патрульной службы (далее – ДПС).

2. Оказание медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, на этапе стационарного лечения:

2.1. Больные с политравмой, изолированными повреждениями, сопровождающимися травматическим шоком, должны быть доставлены в ближайшие травмоцентры 1-ого, 2-ого уровней реанимобилями (при их отсутствии – линейными бригадами СМП).

2.2. В травмоцентр 1-ого уровня из травмоцентра 2-ого уровня осуществляется медицинская эвакуация следующих групп взрослых пострадавших:

пострадавшие с травмами, сопровождающимися развитием шока 3 степени, имеющие сомнительный или отрицательный прогноз течения острого периода травматической болезни в связи с высокой вероятностью развития у таких пациентов в позднем периоде травматической болезни, гнойно-септических осложнений;

пострадавшие, у которых имеется острая массивная кровопотеря (более 2500 мл) в сочетании с источниками так называемой скрытой кровопотери (переломы длинных трубчатых костей, костей таза) в связи с высокой вероятностью развития у таких пациентов в позднем периоде травматической болезни, гнойно-септических осложнений;

пострадавшие, имеющие тяжелую черепно-мозговую травму, независимо

от степени шока;

пострадавшие с черепно-лицевой травмой, требующей выполнения отсроченных операций;

пострадавшие, нуждающиеся в последующем остеосинтезе 2-х и более сегментов верхней или нижней конечности;

пострадавшие с осложненными переломами позвоночника, с синдромом нарушения проводимости спинного мозга, ушибами спинного мозга, которые сопровождаются неврологическим дефицитом;

пострадавшие с множественными двухсторонними переломами ребер с формированием реберного клапана;

пострадавшие, у которых наблюдается развитие гнойных осложнений, получившие травмы, сопровождающиеся шоком. Наиболее ранним критерием развития сепсиса является повышение уровня прокальцитонина в сыворотке крови, что происходит до появления первых клинических признаков генерализованной инфекции. Повышение уровня прокальцитонина в сыворотке более 2 нг/мл является безусловным признаком развития сепсиса и является показанием к переводу в травмоцентр 1-ого уровня.

В травмоцентр 1-ого уровня из травмоцентров 3-его уровня осуществляется медицинская эвакуация всех взрослых пострадавших, получивших сочетанные, множественные и изолированные травмы, сопровождающиеся шоком.

В травмоцентр 2-ого уровня из травмоцентров 3-его уровня может осуществляться медицинская эвакуация взрослых пациентов с изолированной травмой конечности, не сопровождающейся шоком, со стабильным состоянием гемодинамики при необходимости выполнения оперативного вмешательства и дальнейшего лечения в условиях травматологического отделения травмоцентра 2-ого уровня.

Всех пострадавших детского возраста, получивших сочетанные, множественные и изолированные травмы, сопровождающиеся шоком, следует переводить из МО СК для дальнейшего лечения в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края (далее – ГБУЗ СК) «Краевая клиническая детская больница», город Ставрополь, где оказывается медицинская помощь пострадавшим детского возраста. Перевод таких пострадавших должен быть осуществлен в возможно короткие сроки – оптимально в первые 24 часа с момента доставки пациента с места получения соответствующей травмы, (с места ДТП) в стационар.

При поступлении в МО СК пострадавших детского возраста получивших сочетанные, множественные и изолированные травмы, сопровождающиеся шоком необходимо в течение 1-3 часов по линии отделения экстренной и консультативной помощи (далее - «санитарная авиация») ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница» (далее - ГБУЗ СК «СККБ»), осуществить консультации специалистов: врача-детского хирурга, врача травматолога-ортопеда, врача нейрохирурга и других специалистов по показаниям для определения тактики лечения.

Противопоказаниями к немедленной транспортировке являются нестабильность гемодинамики и признаки нарастания отека и дислокации головного мозга у пострадавшего.

2.3. При ведущей торакальной травме перевод осуществляется в торакальное хирургическое отделение ГБУЗ СК «СККБ» по согласованию с дежурным врачом-торакальным хирургом по линии «санитарной авиации». При ведущей ожоговой травме перевод осуществляется в гнойное хирургическое отделение ГБУЗ СК «Городская клиническая больница № 2» города Ставрополя по согласованию с дежурным хирургом по линии «санитарной авиации» ГБУЗ СК «СККБ».

2.4. Пострадавший доставляется в противошоковое операционное отделение, где, независимо от характера повреждений, он должен быть осмотрен следующими специалистами: анестезиологом-реаниматологом, хирургом, травматологом, нейрохирургом. Врачи других специальностей приглашаются по необходимости. При отсутствии в МО СК противошокового операционного отделения пациент сразу должен быть госпитализирован в реанимационное отделение, где осматривается вышеперечисленными специалистами. При отсутствии в МО СК узких специалистов пострадавший осматривается врачами анестезиологом-реаниматологом и хирургом; при необходимости дополнительно специалисты вызываются по линии «санитарной авиации» «на себя».

2.5. Ответственным врачом, определяющим объем обследований и необходимость привлечения других специалистов для уточнения диагноза и тактики лечения, является дежурный хирург противошокового операционного отделения; в других МО СК – дежурный ответственный хирург.

2.6. В минимальный диагностический комплекс должны входить следующие исследования: рентгенография черепа в двух проекциях, костей таза, грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, лапароскопия, при отсутствии ультразвукового исследования (далее – УЗИ), электрокардиография (далее – ЭКГ); эхоэнцефалография – по назначению врача нейрохирурга; при бессознательном состоянии пострадавшего – компьютерная томография (далее – КТ) головного мозга, грудной клетки, органов брюшной полости, таза (при наличии КТ). Другие исследования – по необходимости, с учетом назначений врачей специалистов.

2.7. Минимальный объем лабораторной диагностики включает в себя: общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты), мочи, группа крови и резус-фактор, биохимическое исследование крови, экспресс-диагностика сифилиса (далее – ЭДС), кровь на маркеры гепатитов, вируса иммунодефицита человека (далее – ВИЧ). Другие исследования – по необходимости, с учетом назначений врачей специалистов.

2.8. В противошоковом операционном отделении (при его отсутствии в МО – в отделении интенсивной терапии и реанимации (палата) параллельно с диагностическими мероприятиями проводится катетеризация центральной

вены, при необходимости с двух сторон (+периферические вены), искусственная вентиляция легких (ингаляция кислородом), инфузионная терапия, адекватное обезболивание; катетеризация мочевого пузыря, постановка назогастрального зонда. По показаниям коррекция симптоматической терапии.

2.9. Показания и последовательность выполнения оперативных вмешательств определяются специалистами, участвующими в обследовании, в зависимости от тяжести и степени доминирования повреждений (контроль повреждений). Корректировку и ответственность за решения принимает дежурный врач хирург противошокового операционного отделения.

2.10. По показаниям возможно выполнение одномоментных вмешательств специалистами разного профиля.

2.11. В операционной противошокового отделения выполняется полный объем необходимых вмешательств: декомпрессивная трепанация, декомпрессия спинного мозга при осложненной спинальной травме, лапаротомия, первичная хирургическая обработка ран, скелетное вытяжение, фиксация переломов конечностей аппаратом наружной фиксации (далее – АНФ), фиксация переломов таза АНФ или тазовыми щипцами, ручные репозиции и вправления вывихов с последующей гипсовой иммобилизацией.

2.12. Погружной остеосинтез переломов конечностей и таза в ночное время по экстренным показаниям в противошоковом операционном отделении не выполняется. Показания к выполнению данных видов вмешательств по экстренным показаниям определяются индивидуально, при наличии операционной бригады, по согласованию с заведующими противошокового операционного отделения и отделения сочетанной травмы.

2.13. При массовом поступлении пострадавших и недостаточном количестве врачей противошокового операционного отделения возможно привлечение врачей специалистов других отделений МО.

2.14. После оказания помощи при наличии нестабильного состояния больной транспортируется в отделение анестезиологии и реанимации. При стабильных показателях жизнедеятельности больной переводится для дальнейшего лечения в отделение сочетанной травмы (профильное отделение). Профиль отделения зависит от тяжести превалирующей патологии, необходимости дальнейших лечебных манипуляций и определяется хирургом противошокового операционного отделения (ответственным хирургом).

2.15. В отделении анестезиологии и реанимации ответственным считается врач-реаниматолог, врачи других специальностей консультируют данного больного круглосуточно по характеру имеющихся повреждений.

2.16. Тактика лечения в отделении анестезиологии и реанимации согласовывается с заведующим отделением сочетанной травмы (профильного отделения).

2.17. При необходимости повторных вмешательств на реанимационном этапе объем и место их проведения решаются совместно заведующим отделением анестезиологии и реанимации и заведующим отделением сочетанной травмы (профильного отделения).

2.18. При возникновении летального исхода медицинскую документацию оформляет врач отделения, за которым определен данный пострадавший (отделение сочетанной травмы, нейрохирургическое, хирургическое отделение). При наступлении летального исхода в противошоковой операционной оформлением документации занимаются врачи противошокового операционного отделения.

2.19. Перевод больного в отделение сочетанной травмы (профильное отделение) из реанимационного отделения производится после стабилизации состояния. При наличии у пациента диагноза сочетанной травмы со скелетным компонентом (ведущим) пострадавший переводится в отделение сочетанной травмы. При наличии скелетной травмы и оперированной патологии органов брюшной полости, нейрохирургической травмы больной переводится в отделение сочетанной травмы. При необходимости дальнейшего повторного хирургического лечения по поводу черепно-мозговой, позвоночной травмы пострадавший переводится в профильное отделение.

2.20. При наличии вегетативного статуса профиль отделения определяется по доминирующей патологии.

2.21. Лечение неосложненной травмы позвоночника (переломы, переломовывихи), сопровождающейся шоком, проводится в условиях отделения сочетанной травмы. При наличии осложненной (спинальной) травмы позвоночника лечение данных пострадавших проводится в нейрохирургическом отделении.

2.22. Отделение сочетанной травмы осуществляет консервативное и оперативное лечение травм опорно-двигательного аппарата у пострадавших с сочетанной и изолированной травмой, сопровождающейся шоком.

2.23. Погружной остеосинтез в отделении сочетанной травмы выполняется по стабилизации состояния пострадавшего (в плановом и экстренном порядке) после дообследования и только в дневное время. При необходимости и при наличии операционной бригады возможно выполнение данных вмешательств в ночное время по согласованию с заведующим отделением сочетанной травмы.

2.24. После стабилизации состояния пострадавших и проведения ранней реабилитации дальнейшее лечение осуществляется амбулаторно либо в стационарах по месту жительства, с учетом рекомендаций при выписке.

2.25. Повторные госпитализации пострадавших при необходимости этапного лечения осуществляются в профильные отделения травмоцентров 1-ого, 2-ого уровней при наличии направления из МО СК по месту жительства, по согласованию с заведующим профильным отделением.

3. Взаимодействие и преемственность в оказании медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком:

3.1. При доставке пострадавших с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадав-

ших при ДТП, (попутным транспортом) в ближайшую МО СК после выполнения жизнеспасаяющих операций, стабилизации показателей гемодинамики для дальнейшего лечения после проведенного минимума обследования и лечения больной транспортируется в травмоцентр 1-ого, 2-ого уровней реанимобилем класса «С».

3.2. При нестабильных показателях гемодинамики, критическом состоянии пострадавшего лечение проводится по месту госпитализации пострадавшего. При необходимости «на себя» вызываются врачи специалисты по линии «санитарной авиации».

3.3. Оперативные вмешательства по жизненным показаниям проводятся в стационаре по месту госпитализации пострадавшего силами врачей стационара или совместно с врачами специалистами санитарной авиации.

3.4. Высокотехнологичные, реконструктивные вмешательства, ортопедические операции пострадавшим по поводу переломов конечностей выполняются в МО СК, имеющей в своем составе травмоцентр 1-ого уровня, после перевода пострадавшего по согласованию с заведующим отделением сочетанной травмы.

УТВЕРЖДЕНО

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «13»_декабря_ 2019 г. № 01-05/1360

ПОЛОЖЕНИЕ

о деятельности травмоцентров 1-ого, 2-ого и 3-ого уровней, функционирующих на базе медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края

1. Травмоцентр 1-ого уровня – это структурное подразделение медицинской организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края (далее – МО СК), где производится оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (далее – ДТП).

2. На территории Ставропольского края травмоцентры 1-ого уровня созданы на базе МО СК: государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края (далее – ГБУЗ СК) «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя, ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1», город Будённовск, ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска.

3. В состав травмоцентра 1-ого уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя, входит противошоковое операционное отделение, 18-коечное отделение анестезиологии и реанимации, 30-коечное отделение сочетанной травмы, два реанимобиля класса «С» с круглосуточным дежурством реанимационной бригады. Для удобства реанимобилей вход в травмоцентр устроен на 1-м этаже, рядом с приемным отделением. В непосредственной близости – рентгеновский кабинет, ультразвуковая диагностика (далее – УЗД), магнитно-резонансный томограф (далее – МРТ) и компьютерный томограф (далее – КТ). Травмоцентр 1-ого уровня работает в тесном контакте со всеми отделениями МО СК.

4. Травмоцентр 1-ого уровня, функционирующий на базе ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1», город Будённовск, создан в рамках реализации второго этапа программы по улучшению качества оказания помощи пострадавшим в результате ДТП в 2015 году и расположен на федеральной автомобильной дороге (далее – ФАД) «Кочубей – Нефтекумск – Зеленокумск – Минеральные Воды» Р-263.

В состав травмоцентра 1-ого уровня входит противошоковое операционное отделение, 9-коечное отделение анестезиологии и реанимации, 30-коечное

отделение сочетанной травмы. Травмоцентр 1-ого уровня оснащен современной диагностической аппаратурой согласно требованиям (МРТ, КТ, аппарат УЗИ) и работает в тесном контакте со всеми отделениями МО СК.

5. В состав травмоцентра 1-ого уровня, функционирующего на базе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска, входит противошоковое операционное отделение, 18-коечное отделение анестезиологии и реанимации, 20-коечное отделение сочетанной травмы, реанимобиль класса «С» с круглосуточным дежурством реанимационной бригады. Травмоцентр 1-ого уровня работает в тесном контакте со всеми отделениями МО СК.

6. Многопрофильность ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя, ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1», г. Будённовск, и ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска, где базируются травмоцентры 1-ого уровня, позволяет оказывать пациентам любую экстренную помощь при высокоэнергетических травмах, в том числе полученных в результате ДТП, а также осуществлять медицинскую эвакуацию из травмоцентров 2-ого и 3-его уровня, входящих в зону ответственности каждого травмоцентра.

7. Травмоцентр 2-ого уровня – это структурное подразделение МО СК, обеспечивающее организацию и оказание всего спектра медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП, осложнениями и последствиями таких травм.

Основной задачей травмоцентра 2-ого уровня является снижение уровня летальности у пострадавших с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавших при ДТП. В травмоцентре 2-ого уровня выделяют следующие структурные подразделения: травматологическое отделение на 30 коек и противошоковое операционное отделение. В их составе имеются хирургическое и нейрохирургическое отделения.

Травмоцентры 2-ого уровня оснащены современной диагностической аппаратурой (КТ, УЗИ).

На травмоцентр 2-ого уровня возложены следующие функции:

оказание скорой медицинской помощи (далее – СМП) на догоспитальном этапе пострадавшим на месте получения соответствующей травмы, места ДТП согласно зоне ответственности;

доставка пострадавших реанимобилями и бригадами СМП в травмоцентр 1-ого уровня согласно Схемам медицинской эвакуации и алгоритму медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП, (далее – Схемы эвакуации) (тяжелая черепно-мозговая травма, челюстно-лицевая травма, торакальная травма в составе тяжелой сочетанной травмы);

оказание медицинской помощи в условиях стационара;

при отсутствии возможности оказания адекватной своевременной и полноценной помощи пострадавшим с сочетанной травмой (тяжелая черепно-лицевая травма, тяжелые травмы позвоночника, торакальная травма в составе тяжелой сочетанной травмы) из травмоцентров 2-ого уровня осуществляется перевод пострадавшего в кратчайшие сроки после стабилизации состояния (24 часа) в травмоцентры 1-ого уровня согласно Схемам эвакуации.

8. На основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 927н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком», приказа министерства здравоохранения Ставропольского края от 19 июля 2013 г. № 01-05/796 «О некоторых мерах по реализации на территории Ставропольского края в 2013 году постановления Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2011 г. № 1143 «О порядке предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях» на базе ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномыска, ГБУЗ СК «Петровская районная больница» были созданы и функционируют травмоцентры 2-ого уровня.

Дополнительно проводятся мероприятия по созданию травмоцентров 2-ого уровня на базе ГБУЗ СК «Кисловодская городская больница», ГБУЗ СК «Ессентукская городская клиническая больница», которые начнут функционировать с 01.01.2020 г.

9. Травмоцентр 3-го уровня – это структурное подразделение МО СК, где осуществляется оказание медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП, по стабилизации состояния пациента и дальнейшая организация медицинской эвакуации в травмоцентр более высокого уровня. Травмоцентры оснащены реанимобилями класса «С» и должны иметь в своем штате круглосуточные реанимационные бригады.

10. За каждым травмоцентром 3-го уровня закреплена зона ответственности из расчета возможности прибытия реанимобиля на место получения соответствующей травмы, место ДТП до 20 минут с момента получения вызова. Также определены пути эвакуации пострадавших с места получения соответствующей травмы, места ДТП в травмоцентры 1-ого и 2-ого уровней.

11. На травмоцентр 3-его уровня возложены следующие функции:
оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе пострадавшим на месте получения соответствующей травмы, месте ДТП;

приоритетная доставка реанимобилями и бригадами СМП, пострадавших в ДТП, в травмоцентр 2-ого или 1-ого уровня согласно Схемам эвакуации (транспортная функция);

оказание медицинской помощи в условиях стационара пострадавшим,

доставленным попутным транспортом или линейными бригадами СМП с нестабильной гемодинамикой на фоне продолжающегося внутреннего кровотечения;

все пациенты с тяжелой сочетанной и множественной травмой, сопровождающейся шоком, должны быть первично эвакуированы или переведены в кратчайшие сроки после стабилизации состояния (24 часа) в травмоцентры 1-ого или 2-ого уровня согласно зонам ответственности и Схемам эвакуации.

УТВЕРЖДЕН

приказом министерства здравоохранения
Ставропольского края
от «13» декабря 2019 г. № 01-05/1360

ПЕРЕЧЕНЬ

индикаторов качества оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, в травмоцентрах 1-ого, 2-ого и 3-его уровней

1. Время доезда бригады скорой медицинской помощи до места получения соответствующей травмы, места дорожно-транспортного происшествия (далее – ДТП) от момента получения вызова не должно превышать 20 минут.

2. Время начала оказания медицинской помощи на госпитальном этапе с момента возникновения травмы – не более 1 часа (правило «золотого часа»).

3. Доля пациентов с тяжелой сочетанной травмой в травмоцентрах 3-его уровня и районных больницах должна составлять менее 5% от общего числа пострадавших с шокогенной травмой (пострадавшие, доставленные попутным транспортом или линейными бригадами скорой помощи с нестабильной гемодинамикой на фоне продолжающегося внутреннего кровотечения).

Все пациенты с тяжелой сочетанной и множественной травмой, сопровождающейся шоком, должны быть первично эвакуированы или переведены в кратчайшие сроки после стабилизации состояния (24 часа) в травмоцентры 1-ого или 2-ого уровня согласно Схемам медицинской эвакуации и алгоритму медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП (далее – зоны ответственности).

4. Уровень летальности среди пострадавших с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавших при ДТП, в травмоцентрах:

уровень летальности в травмоцентрах 1-ого уровня - не более 10%;

уровень летальности в травмоцентрах 2-ого уровня - не более 7%;

уровень летальности в травмоцентрах 3-его уровня, а также в районных и городских больницах не должен превышать 5% (высокий процент летальности на данном этапе свидетельствует о несвоевременном переводе пострадавших с тяжелой травмой в травмоцентры 1-ого и 2-ого уровня).

УТВЕРЖДЕНО

приказом министерства здравоохранения
Ставропольского края
от «13» декабря 2019 г. № 01-05/1360

ПОЛОЖЕНИЕ

о наделении полномочиями организационно-методического сопровождения мероприятий по организации медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, травмоцентра 1-ого уровня, функционирующего на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя

Головной медицинской организацией по вопросам организации медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (далее – ДТП), на территории Ставропольского края является государственное бюджетное учреждение здравоохранения (далее – ГБУЗ СК) «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя, на базе которого функционирует травмоцентр 1-ого уровня (далее – травмоцентр), созданный в 2011 году в рамках первого этапа реализации мероприятий по улучшению качества оказания помощи пострадавшим в результате ДТП на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 декабря 2009 г. № 991н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком», приказа министерства здравоохранения Ставропольского края от 12 июля 2010 г. № 01-05/484 «О мерах по реализации приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 декабря 2009 г. № 991н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком».

На травмоцентр возложены функции ежедневного контроля и координации оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП, в Ставропольском крае, научное и организационно-методическое обеспечение организации оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП.

В задачи травмоцентра входит разработка информационных писем и методических рекомендаций по различным аспектам оказания помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП, проведение конференций различного уровня.

Травмоцентр имеет право осуществлять консультативную помощь (в том числе на месте) с целью принятия решения о переводе, определении и коррекции тактики лечения пострадавших с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП.

Травмоцентр координирует работу травмоцентров различного уровня, функционирующих на территории Ставропольского края, с целью обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП.

Травмоцентр имеет право запрашивать всю необходимую информацию из медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края для анализа и оценки результатов лечения пострадавших с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП.

Вся текущая и ежедневная информация (с 8:00 до 10:00) по ДТП, а также тяжелым сочетанным, множественным и иным шокогенным травмам должна поступать и анализироваться в травмоцентре.

Функция координации работы травмоцентров возлагается на заместителя главного врача по организационно-методической работе ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя Францева Романа Сергеевича, а в его отсутствие на заведующего отделением сочетанной травмы ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя Апагуни Артура Эдуардовича.

Контактная информация:

телефоны – 8-928-311-66-33, 8-905-416-10-01

факс: 8 (8652)72-44-16

электронный адрес: Frantsevroman26@gmail.com.

УТВЕРЖДЕНЫ

к приказу министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «___» _____ 2019 г. № _____

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

«Организация оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, в медицинских организациях Ставропольского края»

Ставрополь, 2019 г.

Оглавление

Перечень сокращений	3
Введение	4
Организация оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях	6
Действия медицинского персонала скорой медицинской помощи при выезде на дорожно-транспортное происшествие	9
Правила работы с агрессивными пациентами	11
Травматический шок	12
Диагностика травматического шока на догоспитальном этапе	14
Транспортная иммобилизация	16
Понятие настораживающей травмы	18
Принципы интенсивной терапии травмы	19
Обязательный объем обследования пострадавшего с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях	22
Травмоцентры 1-го, 2-ого и 3-ого уровней в структуре оказания помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в Ставропольском крае.	24
Список литературы.	25

Перечень сокращений

АД - артериальное давление
АНФ - аппарат наружной фиксации
БАВ - биологически активные вещества
ДВС - диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ДТП - дорожно-транспортное происшествие
ИВЛ - искусственная вентиляция легких
КТ - компьютерная томография
ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение
ОДА - опорно-двигательный аппарат
ОПС - общее периферическое сопротивление
ОЦК - объем циркулирующей крови
ПХО - первичная хирургическая обработка раны
СМП - скорая медицинская помощь
СТ - сочетанная травма
ТЭЛА - тромбоэмболия легочной артерии
УЗДГ - ультразвуковая доплерография
УЗИ - ультразвуковое исследование
ЦВД - центральное венозное давление
ЧДД - частота дыхательных движений
ЧМТ - черепно-мозговая травма
ЧСС - частота сердечных сокращений
ЭКГ - электрокардиограмма

Введение

Первые сообщения о жертвах механических средств передвижения появились вскоре после их появления на дорогах, однако, конец XX века уже характеризуется как «эпидемия» травматизма вообще, и дорожно-транспортного в частности. Проблема смертности при ДТП вышла далеко за рамки медицинской и рассматривается в числе приоритетных социальных проблем.

Сегодня в промышленных странах травма является основной причиной смерти людей в возрасте до 40 лет. Более 50% травмированных - лица моложе 40 лет, это в свою очередь является причиной значительных медицинских и социальных проблем, больших экономических потерь. В настоящее время ежегодно в мире гибнет при ДТП почти 1,2 млн. человек, а телесные повреждения получают до 50 млн.

Одним из приоритетных направлений деятельности отечественной системы здравоохранения является совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП.

В настоящее время методологической основой организации помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП, является концепция травматической болезни. Речь идет о детерминированной фазности патологических и адаптивных процессов, возникающих у пострадавших с тяжелыми механическими повреждениями, что позволяет проводить эффективную упреждающую терапию возможных осложнений и требует преемственности лечебных мероприятий на догоспитальном и госпитальном этапах.

Другим фундаментальным, с точки зрения организации, принципом является представление о взаимозависимости глубины, длительности и исхода патологических проявлений от тяжести травмы, уровня компенсаторных возможностей организма пострадавшего и своевременности и адекватности лечебных мероприятий. В этом смысле определяющим течение и исход травматической болезни является период острых проявлений. Его основной характеристикой является скоротечность развития грубых функциональных изменений: гипоперфузии и гипоксии тканей вследствие мощной афферентной импульсации, гиповолемии, централизации кровообращения, нарушения оксигенации и накопления метаболитов. При этом **общефункциональные** нарушения в этом периоде, как правило, доминируют над конкретными **морфофункциональными** нарушениями того или иного поврежденного органа. Отсутствие адекватной медицинской помощи в этом периоде может привести к переходу адаптивных **реакций** в патологические, истощению резервных возможностей организма и их срыву.

Высокая летальность при политравмах связана с тяжестью повреждений внутренних органов, головного мозга, конечностей, а также ранними и

поздними осложнениями, которые наблюдаются у 50% пострадавших. Инвалидизация вследствие политравм достигает 28-50%, причем основной ее причиной являются повреждения опорно-двигательного аппарата.

Под сочетанной травмой (политравмой) понимают одновременно возникшее повреждение полостей тела и конечностей с наличием опасного для жизни повреждения. К тяжелому состоянию может привести и сумма отдельных повреждений, поэтому план лечения следует составлять применительно к суммарной оценке тяжести травмы. Клиническая симптоматика зависит от нарушения функции органа, с одной стороны, и от клиники гиповолемии и шока - другой.

Под множественной травмой понимают одновременное повреждение нескольких органов или костных сегментов одной анатомической области.

Термин политравма обрисовывает синдром повреждения многих областей тела или органов с последовательной системой функциональных нарушений. Отдельные компоненты поврежденных функциональных нарушений могут аккумулироваться и при неадекватном лечении закончиться смертью. Особенностью сочетанной травмы является синдром взаимного отягощения, когда каждое из повреждений усугубляет тяжесть общей патологической ситуации и наряду с этим каждое конкретное повреждение в случае сочетанной травмы протекает тяжелее, с большим риском инфекционных осложнений, чем при изолированной травме.

Одновременное существование нескольких источников наружного и внутреннего кровотечения обуславливает сложность определения общего объема кровопотери и угрозу недооценки ее тяжести при оказании помощи на этапах медицинской эвакуации.

Все вышеперечисленное определяет значимость своевременно начатого оказания медицинской помощи пострадавшим, ее характер и объем, как комплекс реанимационно-хирургических мероприятий, направленных на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма, обезболивание, иммобилизацию, остановку наружного кровотечения. Фундаментальным принципом организации помощи при сочетанной травме является представление о ней, как о специализированном виде помощи.

Организация оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях

Существенно улучшить исходы лечения пострадавших с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП, может внедрение современных организационных технологий. Система организации помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП, должна быть основана на четких принципах и содержать взаимосвязанные элементы.

Начало этому было положено в конце 1957 года, когда по указанию Ленинградского горздравотдела впервые в нашей стране была создана специальная санитарная машина, и на Городской станции скорой помощи организованы специализированные «штурмовые бригады» для оказания помощи пострадавшим с травматическим шоком и терминальными состояниями, развившимися в результате аварий на дорогах и производстве.

В этом же году Институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе приступил к разработке проблемы «Лечение и профилактика травматического шока и терминальных состояний», при этом была поставлена задача изыскать наиболее эффективный противошоковый лечебный комплекс как при оказании помощи на догоспитальном этапе, так и в стационаре. Таким образом, с конца 50-х годов оказание помощи тяжело пострадавшим с шокогенной травмой в Ленинграде стало носить черты специализированной помощи с последующим распространением данной концепции в целом в стране. Ее главными достоинствами стали расширение объема помощи, включая элементы реанимационно-хирургического пособия на догоспитальном этапе в ближайшие минуты после травмы, доставка пострадавших в специализированные лечебные учреждения, обладающие всем необходимым для оказания помощи при сочетанной травме, обеспечение эффективной преемственности этапов помощи и углубленное научно-методическое сопровождение этого направления.

Основными современными принципами оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП, на догоспитальном этапе являются:

- необходимость использования специализированных реанимационных бригад;

- приоритет синдромальной диагностики и терапии над нозоморфологической;

- оказание неотложной медицинской помощи в оптимальном объеме и в минимальные сроки;

- соблюдение правила «золотого часа»;

реанимационная поддержка во время транспортировки;

быстрая доставка пострадавшего с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшего при ДТП, непосредственно в противошоковую операционную травмоцентра с упреждающим оповещением по радиации дежурной бригады;

использование сквозных алгоритмов и стандартов оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП, на всех ее этапах.

Принципиальными отличиями специализированных реанимационных бригад СМП являются особые подходы к их комплектованию персоналом, его подготовке, оснащению специальным медицинским оборудованием и техникой. В состав специализированных бригад СМП входит врач-анестезиолог-реаниматолог и 2 медсестры-анестезистки. Оснащение специализированных реанимационных бригад позволяет осуществлять аппаратную вентиляцию легких, дефибрилляцию, мониторинг сердечно-сосудистой деятельности и дыхания.

Необходимость осуществления интенсивной терапии и реанимационных мероприятий в период транспортировки предъявляет особые требования к санитарному транспорту, это должны быть автомобили скорой медицинской помощи класса «С». Существенное значение имеет вопрос соотношения принципа минимизации времени оказания помощи на догоспитальном этапе с адекватным объемом помощи. Важнейшим критерием выбора между минимизацией времени и необходимым объемом помощи является состояние пострадавшего, выраженность и глубина нарушений витальных функций. Одинаково ошибочной является как тактика «стой и лечи», так и «хватай и вези». Одна настраивает медицинских работников СМП на быструю, без оказания помощи, доставку пострадавшего в ближайшую медицинскую организацию по «жизненным показаниям», вторая оправдывает длительное (иногда до 1 часа) нахождение на месте происшествия необходимостью подробной диагностики и расширением объема оказания помощи. Да, чем менее стабильно состояние пациента, тем больше может потребоваться усилий и времени по поддержанию жизненно важных функций на догоспитальном этапе, но никогда нельзя откладывать начало транспортировки из-за факторов и причин, не влияющих на поддержание жизнедеятельности пациента.

«Золотой час».

Для тяжело пострадавших временной фактор имеет огромное значение.

Если пострадавший доставляется в операционную в течение первого часа после получения травмы, то достигается самый высокий уровень выживаемости. Это время называется «золотым часом».

1. «Золотой час» начинается с момента получения травмы, а не с момента, когда начинается оказание медицинской помощи.

2. Любые действия на месте происшествия должны носить жизне спасающий характер, чтобы не терять минуты «золотого часа» больного.

3. Судьба больного во многом зависит от оперативности, мастерства действий первого, кто оказывает ему медицинскую помощь.

4. Время, затраченное на приезд медицинского работника, так же важно, как и время, теряемое из-за несогласованности действий на месте происшествия. Необходимо экономить каждую минуту процесса оказания помощи.

5. Быстрое оказание помощи не означает просто быстро доехать, «бросить» больного в машину скорой помощи и так же быстро доставить его в ближайший стационар.

6. Обеспечить максимальные шансы больного на выживание поможет оказание медицинской помощи согласно заранее продуманной тактике и последовательности действий.

В последние годы хорошо зарекомендовало себя наличие оперативной радиосвязи между дежурными бригадами, центральной диспетчерской и стационарами, имеющими в составе травмоцентры. Передача упреждающей информации позволила существенно сократить время подготовительных мероприятий по приему пострадавших в стационаре и улучшить преемственность в работе скорой помощи и госпитального звена.

Оказание стационарной медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП, целесообразно проводить в условиях травмоцентров.

Действия медицинского персонала СМП при выезде на ДТП

Передвижение автомашины СМП по улицам города должно быть быстрым, с использованием спецсигналов, но осторожным. Надо придерживаться здравого смысла и кратчайшего маршрута. Припарковывая автомашину ближе к месту происшествия, надо учитывать возможные опасности: растекание химических или горючих веществ, упавшие электропровода, неустойчивые транспортные средства, угрозу пожара, возможность взрывов, дорожное движение и т.п.

По прибытии на место вызова проблесковые маячки не выключать, быстро оценить ситуацию: безопасность бригады СМП и окружающих лиц, примерно определить число пострадавших, из них тяжелых, необходимость дополнительных бригад СМП, полиции, пожарных, спасателей, пути подъезда.

О ситуации на месте вызова и необходимости помощи доложить дежурному врачу СМП. Старший медработник первой бригады СМП, прибывшей к месту ДТП с большим количеством пострадавших, занимается организацией и оказанием медицинской помощи и первичной сортировкой до прибытия назначенного оперативным отделом СМП старшего врача на месте ДТП (врача спецбригады). Если на месте происшествия уже проводятся аварийно-спасательные работы сотрудниками МЧС, то необходимо уточнить, кто из них старший, его должность, Ф.И.О. и приступить к оказанию медицинской помощи, сообщив об этом в оперативный отдел СМП.

Непосредственные свидетели или участники ДТП, не получившие серьезных травм, на глазах у которых произошло происшествие, могут быть в первое время неадекватны в действиях и даже представлять угрозу как себе, окружающим, другим пострадавшим, так и медработникам. Предложите сотрудникам МВД, при их наличии, создать вокруг места оказания помощи необходимую зону безопасности, также помня о правах пострадавших на защиту их личной жизни, то есть сделать по возможности так, чтобы «зеваки» и репортеры не имели возможности быть в непосредственной близости от пациента.

Организация сортировочного процесса на месте ДТП возможна только при слаженной работе всех служб - СМП, МЧС, МВД.

Врач специализированной медицинской бригады, занимаясь сортировкой пострадавших, использует **средний медицинский персонал** своей бригады как медрегистраторов, он должен попытаться установить такой порядок приоритетов оказания помощи и эвакуации, который спас бы максимальное число тяжело пострадавших, имеющих шанс на выздоровление. Пострадавшие, находящиеся без сознания, нуждаются в первоочередном оказании помощи, так как у них наибольший риск обструкции дыхательных путей и аспирации. При наличии среди пострадавших детей и беременных женщин они должны эвакуироваться в первую очередь. К первой очереди также относятся пострадавшие с подозрением на внутреннее кровотечение, травматическим

шоком, проникающими ранениями груди и живота. При наличии более 10 пострадавших целесообразно разделять потоки пострадавших на тех, кто ходит, с выделением для них места и тех, кто самостоятельно передвигаться не может. При большом количестве пострадавших должны использоваться специальные цветные сортировочные метки. О ситуации в очаге ДТП необходимо докладывать в оперативный центр СМП каждые 30 минут, а при внезапном изменении обстановки немедленно.

Старший врач СМП должен оставаться на месте ДТП до полного окончания спасательных работ, по окончании эвакуации он составляет отчет-список всех пострадавших, кем, в какую медицинскую организацию, с каким предварительным диагнозом они отправлены. Погибшие находятся на месте происшествия, с составлением необходимой документации и закрытием тел специальной простыней. Список пострадавших и погибших предоставляется руководителю аварийно-спасательных работ и в оперативный отдел СМП. Медицинским работникам СМП не разрешается давать интервью средствам массовой информации и позволять проводить фото- и видеосъемку пострадавших в машинах скорой помощи.

Правила работы с агрессивными пациентами

Агрессия - это действие или жестикация, которые означают возможность насилия.

Гнев - обычная эмоция, которая при определенных обстоятельствах может возникнуть у любого человека.

Агрессивность - это потеря эмоционального контроля, которая может обернуться насилием, направленным против других людей, неодушевленных предметов, самих пациентов. Она может вызываться болью и стрессом, алкоголем или наркотиками, психическими заболеваниями, передозировкой лекарств, абстиненцией.

Нет жестких правил по оказанию помощи агрессивным пациентам, но три правила надо помнить всегда.

I. Не поддаваться чувству гнева.

II. Оценивать адекватно ситуацию.

III. Оставайтесь всегда вежливым.

Надо помнить! Профессионализм и спокойное уверенное поведение сотрудника СМП всегда внушают уважение и вызывают доверие пациентов и окружающих.

Травматический шок

Шок - это реакция организма на угрожающее жизни воздействие, направленная на сохранение жизни за счет обеспечения кровообращения жизненно важных органов в условиях гипоперфузии большинства органов и тканей.

Артериальная гипотензия и шок не являются синонимами. Хотя шок чаще всего сопровождается гипотензией, но может развиваться и при нормальных цифрах АД, а артериальная гипотензия может возникнуть и при отсутствии шока. АД зависит от двух факторов - сердечного выброса и периферического сосудистого сопротивления. Уменьшение любого из этих показателей без компенсаторного повышения другого приводит к системной гипотензии. Величина сердечного выброса определяется в основном четырьмя факторами: «преднагрузкой», сократимостью миокарда, ЧСС и «постнагрузкой». Вегетативная нервная система играет ведущую роль в поддержании АД, так как влияет на все четыре фактора, определяющие величину сердечного выброса, через активацию адренергических рецепторов.

Нарушения гемодинамики при шоке могут быть вызваны первоначально несостоятельностью одного из трех компонентов кровообращения:

1. Циркулирующей по сосудам крови.
2. Насосной функции сердца.
3. Тонуса кровеносных сосудов (периферического сосудистого сопротивления).

Патогенез травматического шока.

Дефицит ОЦК является одной из важнейших причин развития травматического шока. Снижение ОЦК при травматическом шоке приводит к уменьшению венозного возврата, следствием чего является снижение систолического объема сердца и АД. В ответ на эти изменения гемодинамики происходит активация барорецепторов дуги аорты и рецепторного аппарата сердца, что сопровождается рефлекторной стимуляцией симпатико-адреналовой системы, приводящей к дополнительному выбросу в кровоток адреналина и норадреналина. Это вызывает повышение тонуса сосудов жизненно важных органов (централизацию кровообращения), увеличение ЧСС и позволяет организму поддерживать необходимый уровень циркуляции в жизненно важных органах - сердце и головном мозге. Мощная шокогенная импульсация из зоны повреждения вызывает активацию симпатической нервной системы и всех звеньев гипофизарно-гипоталамо-адреналовой системы. Наряду с гиперкатехоламинемией происходит выброс гормонов гипофиза и коры надпочечников, что сопровождается усилением метаболизма и повышением потребности организма в кислороде, которая не может быть реализована в условиях нарушений кровообращения.

В то же время длительная централизация кровообращения сопровождается серьезными изменениями микроциркуляции в большинстве органов и

тканей. Восстановление ОЦК за счет внесосудистой жидкости у человека не существенно, потому что в интерстиции практически нет свободной жидкости. Она связана с интерстициальным гелем.

По сравнению с ограничением кровообращения за счет увеличения ОПС роль артериовенозных анастомозов незначительна. В условиях гипоксии аэробное окисление глюкозы становится невозможным. Анаэробный путь окисления глюкозы приводит к накоплению кислых продуктов и развитию метаболического ацидоза.

Под влиянием гипоксии и БАВ форменные элементы крови приобретают способность к агрегации, что приводит к повышенному тромбообразованию и развитию синдрома ДВС. Резкие нарушения реологических свойств крови усугубляют гипоксию и нарушение функции клеток, что замыкает порочный круг патологических изменений, формирующихся при травматическом шоке, в основе которого лежит дефицит ОЦК и мощная шокогенная импульсация из зоны повреждения.

Если ликвидация нарушений кровообращения при травматическом шоке осуществляется позднее 1 часа с момента травмы, тяжелые расстройства со стороны систем жизнеобеспечения организма могут стать необратимыми.

Обследование пациента.

Первичный осмотр на месте происшествия (не более 2 минут). Это означает поиск причины, представляющей непосредственную угрозу жизни:

наружное кровотечение;

нарушение проходимости верхних дыхательных путей;

признаки клинической смерти.

Вторичный осмотр в машине СМП (не более 10 минут).

1. Оценить состояние пациента (уровень сознания по шкале Глазго, пульсоксиметрия, АД, ЧДД), оценить величину зрачков и реакцию их на свет.

2. Выяснить механизм травмы. Определить время, прошедшее с момента травмы.

3. При наличии сознания, по возможности, **собрать анамнез:**

у всех женщин детородного возраста **выяснить, нет ли беременности, и если есть, то срок;**

чем болел, какие медикаменты принимает, аллергические реакции;

спросить, употреблял ли пострадавший алкогольные напитки.

4. Одежду и обувь лучше всего **разрезать, чтобы обнаружить незаметные на первый взгляд повреждения.** Помните о **повышенной чувствительности пострадавших с травмой к быстрому охлаждению, закрыть пациента после осмотра одеялом.**

5. Осмотр, аускультация, пальпация. «От головы - до пяток», по схеме карты вызова.

6. Установить предварительный диагноз или ведущий синдром.

7. Действовать в соответствии со специальным протоколом.

Диагностика травматического шока на догоспитальном этапе

В отечественной литературе традиционно принято выделять две фазы травматического шока - эректильную и торпидную. Эректильная фаза шока обычно кратковременна и характеризуется выраженным психомоторным возбуждением больного. Его поведение часто бывает неадекватным. Пострадавший может кричать от боли, сопротивляться осмотру. В этой стадии АД может быть нормальным, однако имеется ряд признаков, свидетельствующих о нарушении периферического кровообращения, на которые необходимо обратить внимание, так как они являются ранними симптомами шока. Кожные покровы становятся влажными, бледными и холодными. Появляется положительный симптом «белого пятна» и тахикардия. Снижение систолического АД является поздним признаком шока и свидетельствует о развитии его торпидной фазы.

До настоящего времени не потеряла своей актуальности трехступенная классификация тяжести шока, которая основана на параметрах системной гемодинамики: систолическом АД, частоте пульса. Существенным дополнением к этой классификации стал «шоковый индекс» - отношение частоты пульса к величине систолического АД, описанный Algower M. и Burgi C. (1967), указывающий на примерную величину кровопотери и степень шока (таблица 1).

Таблица 1

Классификация степени тяжести травматического шока

Степень тяжести шока	Уровень систолического АД, мм рт. ст.	Частота пульса, в минуту	Индекс шока Альговера	Примерная величина кровопотери, л.
I - легкая	100-90	80-90	0,8-1,0	1
II - средней тяжести	85-75	90-110	1,1-1,5	1,5
III - тяжелая	70 и менее	120 и более	1,6 и более	2

Диагностика тяжести шока может быть затруднена в тех случаях, когда гемодинамические характеристики не полностью соответствуют тяжести шока (сочетанная ЧМТ, пожилой возраст пациентов, артериальная гипертензия в анамнезе и др.). В таких случаях показателем шокогенности травмы является характер повреждений.

Диагноз шока I степени может устанавливаться при:
закрытом или открытом переломе костей обеих голеней;
закрытом или открытом переломе плеча;
закрытом переломе бедра;
отрыве кисти или части стопы;
обширной ране мягких тканей (10x20 см);

Шок II степени может диагностироваться при:
сочетании двух признаков, соответствующих шоку I ст.;
множественном переломе костей таза;
открытом переломе бедра;

множественных переломах ребер, сопровождающихся развитием гемопневмоторакса, либо нарушениями гемодинамики;

закрытой травме живота, сопровождающейся гемоперитонеумом либо нарушениями гемодинамики;

отрыве голени или предплечья;

Шок III степени диагностируют при:

сочетании двух признаков, соответствующих шоку II ст.;

сочетании трех признаков, соответствующих шоку I ст.;

отрыве бедра.

Транспортная иммобилизация

Показана при повреждениях костей и суставов, магистральных сосудов и нервов, обширных повреждениях мягких тканей.

Принципы транспортной иммобилизации

I. Транспортная иммобилизация должна быть проведена как можно раньше.

II. Из движения обязательно выключаются два соседних с местом перелома сустава, а при переломах бедренной и плечевой кости - три.

III. Конечности перед началом иммобилизации придается среднефизиологическое положение.

IV. При закрытых переломах до наложения шин необходимо провести легкое и осторожное вытяжение поврежденной конечности по оси.

V. При открытых переломах вправление отломков не производится, накладывается стерильная повязка, и конечность фиксируется в том положении, в каком она находится

Для выполнения иммобилизации используются стандартные транспортные шины (Крамера, Дитерихса), вакуумные матрацы и шины, пневмошины, деревянный щит с набором ремней.

Правила перемещения пострадавшего на носилки

1. Эффективным способом, предотвращающим нанесение дополнительных повреждений пострадавшему при извлечении его из разбитого автотранспорта, является использование специального корсета (эвакуатора) для иммобилизации.

2. Не поднимайте и не перемещайте пациента таким способом, который может потревожить место травмы.

3. При подъеме пациента не беритесь за большую часть тела, поднимайте, взявшись за одежду или используйте «ковшовые» носилки.

4. Необходимо стоять как можно ближе к пациенту, захват по ширине плеч, колени разведены. Ваш центр тяжести должен быть возможно ближе к центру тяжести поднимаемого.

5. Поднимайте, сохраняя спину прямой, подбородок на себя, согнув колени, ступни прямо, одна нога впереди.

6. Пациент на носилках должен быть обязательно пристегнут ремнями безопасности.

Выполнение этих правил гарантирует безопасность пациента и предупреждает травмирование медицинского персонала.

При транспортировке пострадавших с тяжелой сочетанной травмой положительную роль в обеспечении временной остановки кровотечения при повреждениях таза, внутрибрюшном кровотечении, переломах бедра, голени играет противошоковый костюм. Он обеспечивает перераспределение 1,5-2 литров крови из депо нижней половины туловища и нижних конечностей в

центральный объем крови. Тем самым стабилизируются цифры артериального давления, что играет важную роль при транспортировке пострадавшего в медицинскую организацию.

Понятие настораживающей травмы

Высокоэнергетическое воздействие на организм (ДТП, кататравма, рельсовая травма), ЧМТ, оцененная по шкале комы Глазго менее 12 баллов, а также наличие алкогольной или наркотической интоксикации подразумевает возможность наличия скрытых повреждений органов и систем. Именно поэтому схема оказания помощи этой группе больных должна быть аналогична системе оказания помощи пострадавшим с настораживающей и сочетанной травмой, и должна включать в себя те же обязательные элементы оказания помощи в остром периоде травмы:

первичное обследование и оказание помощи должно проводиться в реанимационном зале, где осуществляется интенсивная терапия травмы;

состояние больного оценивается консилиумом врачей в составе хирурга, нейрохирурга, травматолога, реаниматолога в реанимационном зале;

при первичном обследовании пострадавшего должны быть использованы УЗИ плевральной и брюшной полостей; КТ черепа, шейного отдела позвоночника, грудной клетки, брюшной полости, таза с захватом тазобедренных суставов; рентгенография поврежденных сегментов конечностей, лабораторное обследование обязательное для пациентов с сочетанной травмой.

«Пострадавшие с настораживающими повреждениями» - это пострадавшие с травмой двух и более анатомических областей, характеризующиеся по шкале NISS от 9 до 15 баллов, у которых при поступлении в стационар с учетом обнаруженных повреждений нет основания для формулирования диагноза «сочетанная травма».

Пострадавшие с данными повреждениями в обязательном порядке в остром периоде травмы нуждаются в проведении инфузионной терапии, динамическом наблюдении, обследовании (для выявления скрытых повреждений) по алгоритму оказания помощи пострадавшим с сочетанной травмой. Обязательными элементами оказания помощи для них должны быть:

а) оказание неотложной хирургической помощи и проведение первичного обследования в противошоковой палате, на фоне интенсивной терапии травмы;

б) оценка состояния больного консилиумом врачей в составе хирурга, нейрохирурга, травматолога, реаниматолога в противошоковой палате;

в) использование при первичном **обследовании УЗИ плевральной и брюшной полостей, КТ черепа, шейного отдела позвоночника, грудной клетки, брюшной полости, таза с захватом тазобедренных суставов; рентгенография поврежденных сегментов конечностей, лабораторное обследование обязательное для пациентов с сочетанной травмой.**

Принципы интенсивной терапии пострадавших с шокогенной травмой

Основными задачами интенсивной терапии в остром периоде травматической болезни являются; восстановление адекватного транспорта кислорода и коррекция последствий гипоксии и реперфузии; дыхательная поддержка и респираторная терапия; анестезиологическое пособие и мониторинг.

В зависимости от состояния пострадавшего, консервативное лечение травмы может выполняться в полном и сокращенном объеме:

1) интенсивная терапия травмы показана при нестабильном или критическом состоянии пострадавшего и включает в себя комплекс мероприятий:

а) ИВЛ дыхательной смесью обогащенной кислородом;

б) обезболивание;

в) многокомпонентную инфузионную терапию коллоидными растворами, растворами кристаллоидов, препаратами крови, направленную на скорейшее восполнение ОЦК через несколько инфузионных каналов (две периферические и одна центральная вена), до момента относительной стабилизации гемодинамики (систолическое АД > 90 мм.рт.ст., ЧСС < 100 в 1 мин в течение 1 часа);

г) согревание растворов для инфузионной терапии и обеспечение терморегуляции больного;

2) терапия травмы показана при относительно стабильном состоянии пострадавшего и включает в себя:

а) обезболивание;

б) осмо- и онкотически сбалансированную внутривенную инфузионную терапию кристаллоидами, коллоидами;

в) готовность в любой момент перейти на интенсивную терапию травмы в полном объеме при ухудшении состояния пострадавшего.

Во время интенсивной и поддерживающей терапии травмы в первые 6 часов после поступления в медицинскую организацию мониторинг состояния пострадавшего проводится по единым правилам: измерение АД, ЧСС, ЧДД, диуреза, объема излившейся крови по дренажам каждые 5-10 минут, контроль анализов крови (эритроциты, гемоглобин, гематокрит, РН, P02, PC02, калий, натрий, коагулограмма, не реже чем 1 раз в час в остром периоде травмы).

Операции по жизненным показаниям.

Выполняют одновременно или последовательно несколькими хирургическими бригадами. Эти вмешательства могут быть условно разделены на 4 группы:

а) операции, направленные на восстановление проходимости дыхательных путей (трахеостомия, коникотомия);

б) операции, направленные на устранение нарушений функции внеш-

него дыхания (дренирование плевральных полостей при напряженном пневмотораксе и массивном гемотораксе, с активной аспирацией патологического содержимого; герметизация грудной стенки при открытом пневмотораксе);

в) операции, направленные на остановку кровотечения (остановка наружного кровотечения, остановка внутреннего кровотечения в плевральной и брюшной полостях, фиксация нестабильных повреждений тазового кольца аппаратами наружной фиксации);

г) операции, направленные на устранение нарастающего сдавления головного мозга (трепанация черепа для удаления внутричерепной гематомы объемом более 50 мл, трепанация черепа при вдавленном переломе костей черепа с уменьшением объема полости черепа более чем на 50 мл).

К особенностям операций по жизненным показаниям относят:

- выполнение их в минимально допустимом объеме, по возможности атравматично, в короткие сроки;

- исключение расширенных операций с кровопотерей более 100 мл;

- использование всех возможностей для реинфузии излившейся крови, в том числе технологию cell saver, при наличии оборудования в медицинской организации;

- возможность тампонады раны без ее ушивания или ушивание только кожи при нестабильной гемодинамике.

Полученные результаты: в динамике, а также результаты мониторинга АД и ЧСС являются критерием адекватности интенсивной терапии сочетанной травмы.

Экстренные оперативные вмешательства.

К операциям по экстренным показаниям относятся:

а) дренирование плевральных полостей при гемотораксе, пневмотораксе, не вызвавшем развитие острой дыхательной недостаточности;

диагностическую и лечебную торакоскопию;

торакотомию при невозможности устранения причины пневмоторакса во время торакоскопии, при невозможности гемостаза при торакоскопии и продолжающемся кровотечении по дренажам из плевральной полости в пределах 300 мл/час, без тенденции к уменьшению;

б) лапароскопию, лапаротомию при обнаружении повреждений внутренних органов и хирургическую коррекцию обнаруженных повреждений;

в) первичную хирургическую обработку открытых переломов костей; остеосинтез АНФ переломов длинных костей, остеосинтез нестабильных повреждений тазового кольца АНФ;

г) первичную хирургическую обработку ран головы, шеи, грудной клетки, живота, поясничной области, конечностей в проекции сосудисто-нервных пучков, с ревизией жизненно важных органов;

д) операции при обширной травматической отслойке кожи;

е) фасциотомию при остром фасциальном отеке;

ж) восстановление целостности магистральных сосудов при их повре-

ждении;

з) внешнюю фиксацию шейного отдела позвоночника при нестабильных, неосложненных повреждениях шейного отдела позвоночника;

и) ламинэктомию, устранение сдавления спинного мозга, хирургическую стабилизацию поврежденного отдела позвоночника при осложненных травмах поясничного и грудного отдела позвоночника.

Клинический диагноз

Клинический диагноз должен быть сформулирован в течение 3 суток, в нем не требуется оценка тяжести повреждений по какой-либо шкале, оценки состояния пострадавшего, определения ведущего повреждения, указание объема кровопотери, прогноза для жизни и определения возможности развития осложнений травматической болезни. Тем не менее, рекомендуется для пострадавших с сочетанной травмой ввести дополнительные параметры оценки состояния, которые позволяют опосредованно воздействовать на опережение возможных осложнений травматической болезни.

Помимо этого, в некоторых случаях клинический диагноз пострадавшему с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшему при ДТП, должен быть сформулирован лишь после выполнения операций по жизненным показаниям и детального обследования, после завершения операций по экстренным показаниям, но не более чем через 6 часов после поступления.

Клинический диагноз включает в себя:

- обозначение ведущего повреждения несущего непосредственную угрозу для жизни по шкале R-AIS - 4, 5 баллов;

- перечисление повреждений органов и систем, не несущих непосредственной угрозы для жизни, с оценкой в баллах каждого из них по шкале R-AIS;

- оценку тяжести полученных повреждений по шкале NISS, с определением прогноза для жизни, вероятности развития осложнений травматической болезни;

- оценка состояния пострадавшего;

- ориентировочный расчет объема кровопотери.

Обязательный объем обследования пострадавшего с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях

1) Лабораторное исследование: общий анализ крови и мочи, глюкоза крови, коагулограмма, белок, билирубин, мочевины, креатинин крови, электролиты крови, АЛТ, АСТ, рО₂, рСО₂, рН крови;

2) ЭКГ;

3) УЗИ плевральной и брюшной полостей, забрюшинной области;

4) Стандарт КТ обследования: череп, шейный отдел позвоночника, грудная клетка, живот (брюшная полость, забрюшинное пространство, органы малого таза), кости таза с захватом тазобедренных суставов;

5) Рентгенография поврежденных сегментов конечностей.

Дополнительное обследование при наличии показаний возможно при относительной стабилизации состояния и отсутствии признаков централизации кровообращения: внутривенная урография, цистография, УЗИ плевральной и брюшной полостей в динамике, ультразвуковое исследование сосудов конечностей (триплексное исследование, доплерография, УЗДГ), ангиография сосудов поврежденных анатомических областей.

Программа оказания стационарной помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при ДТП, включает в себя общие положения, являющиеся основой четырех алгоритмов оказания помощи:

1) пострадавшим, находящимся в критическом состоянии, с повреждениями, представляющими непосредственную угрозу для жизни;

2) пострадавшим, находящимся в нестабильном состоянии, с повреждениями, представляющими непосредственную угрозу для жизни;

3) пострадавшим с повреждениями, не несущими непосредственной угрозы для жизни в травмоцентре 1 уровня;

4) двухэтапной медицинской помощи пострадавшим с повреждениями, представляющими непосредственную угрозу для жизни в травмоцентрах 2, 3 уровня и травмоцентре 1 уровня.

Пострадавшие с повреждениями, оцененными по шкале NISS более 9 баллов, должны быть направлены в отделение анестезиологии - реанимации даже в относительно стабильном состоянии, это необходимо потому, что при наличии скрытых повреждений, еще не проявившихся в момент поступления возможна внезапная декомпенсация состояния.

при нестабильном состоянии пострадавшего, если обнаружены повреждения, несущие непосредственную угрозу для жизни, в течение 20-30 минут выполняют небольшие по объему операции по жизненным показаниям (трахеостомия, герметизация плевральной полости, дренирование плевральной полости, остановка наружного кровотечения любым способом), проводят интенсивную терапию в полном объеме с переводом больного в экстренную

операционную для выполнения операций по жизненным показаниям;

при относительно стабильном состоянии в течение 60 минут допустимо проведение интенсивной терапии в сокращенном объеме, детальное обследование, формирование клинического диагноза, перевод больного в операционную для выполнения операций по экстренным показаниям.

В экстренной операционной выполняют операции по жизненным показаниям на фоне реанимационных или интенсивных терапевтических мероприятий до момента относительной стабилизации состояния и только после относительной стабилизации состояния выполняют операции по экстренным показаниям.

После завершения операций по экстренным показаниям проводят детальное обследование пострадавшего для выявления скрытых повреждений, формируют клинический диагноз, переводят в реанимационное отделение (если нет скрытых повреждений). В том случае, если выявлены скрытые повреждения, нуждающиеся в хирургической коррекции по экстренным показаниям, пациента вновь подают в операционную для продолжения хирургического лечения, и только после завершения операции больного переводят в отделение анестезиологии - реанимации.

В отделении анестезиологии - реанимации в течение первых суток после поступления специалист по ведущему повреждению осуществляет динамическое наблюдение за больным не реже чем один раз в 3 часа, при необходимости привлекая врачей других специальностей и используя все диагностические и лечебные возможности МО.

Травмоцентры 1-го, 2-ого и 3-ого уровней в структуре оказания помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в Ставропольском крае

Травмоцентры 1-го, 2-ого и 3-ого уровней в Ставропольском крае осуществляют деятельность в соответствии с Положением о деятельности травмоцентров 1-ого, 2-ого и 3-ого уровней, функционирующих на базе медицинских организаций Ставропольского края, утверждаемого министерством здравоохранения Ставропольского края

Список литературы

1. Агаджанян В.В. Политравма. Проблемы и практические вопросы: материалы международной конф. "Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени". - Санкт-Петербург, 2006. - С. 14-18.
2. Анкин Л.Г. "Политравма". Монография. - 2004. - С. 8-25.
3. Афаунов А.И., Блаженко А.Л. Анализ лечения пострадавших с сочетанной травмой в К.КБ N 1 г. Краснодара // Кубанский научно-медицинский вестник. - Краснодар. - 2005. - N 5-6. - С. 32-34.
4. Багненко С.Ф. Формирование травмоцентров, основной путь улучшения результатов лечения пострадавших с шокогенной травмой: материалы международной конференции: "Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени". - Санкт-Петербург, 2006 г.
5. Дубров В.Э., Афаунов А.И., Блаженко А.Л. Ошибки и осложнения в хирургии сочетанной травмы: материалы 8 съезда травматологов-ортопедов России "Травматология и ортопедия XXI века". - Самара, 2006. - С. 1114-1115.
6. Порханов В.А., Блаженко А.Н., Дубров В.Э., и др. Оказание помощи пострадавшим с сочетанной травмой, множественными повреждениями и настораживающей травмой в остром периоде травматической болезни. Метод. рекомендации/Кубанский государственный медицинский университет - Краснодар, 2008. - 68 с.
7. Соколов В.А с соавторами. "Множественные и сочетанные повреждения". Практическое руководство для врачей. - Москва, 2006. - С. 45-49.
8. Щербук Ю.А., Багненко С.Ф., Мирошниченко А.Г. с соавт. Основы организации и оказания скорой медицинской помощи при тяжелых сочетанных повреждениях пострадавшим вследствие ДТП. Уч. пособие / НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, - Санкт-Петербург, 2010.-104 с.