

УДК 616.34-007.43-031:611.94

## РОЛЬ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАПРАВЛЕННОГО ТРАНСПОРТА МЕДИКАМЕНТОВ

**Цымбалюк В.В., Наумова В.В.**

*Новокуйбышевская центральная городская больница,  
Новокуйбышевск, e-mail: naumovavalentin@mail.ru*

Выбрать оптимальный метод введения больных в период реабилитации после черепно-мозговой травмы. Материалы и методы: За 2011 год в Новокуйбышевской центральной городской больницы пролечено 960 пострадавших с черепно-мозговой травмой, из них 780 пострадавших с сотрясением головного мозга. Все пациенты с сотрясением головного мозга, первых семь дней находились на стационарном лечении в условиях травматологического отделения. Под наблюдением врачей нейрохирурга, травматолога, невролога и окулиста, проводилась дегидратационная и симптоматическая терапия. После первой недели стационарного лечения данных пациентов разделили на три равных группы по 260 человек и в дальнейшем их вели по-разному. Результаты: Удовлетворительные результаты лечения получены в первой группе у 252 пациентов (97%), у второй группы 243 пациентов (93%), а в третьей 156 пациентов (60%). Один день дневного стационара в травматологическом отделении в Новокуйбышевской центральной городской больницы НЦГБ стоит 360 рублей, а один день дневного стационара, стоит 190 рублей. Таким образом стоимость лечения пациентов первой группы =  $(7 + 7) \cdot 360 = 5040$  рублей, стоимость лечения пациентов второй группы =  $7 \cdot 360 + 7 \cdot 190 = 2520 + 1330 = 3850$  рублей, стоимость лечения пациентов третьей группы =  $7 \cdot 360 = 2520$  рублей. Из данных расчетов видно, что пациенты третьей группы, требуют меньше расходов, но к сожалению, у них намного хуже результаты лечения. Результаты лечения пациентов первой и второй группы практически одинаковы, а стоимость пациентов второй группы намного меньше.

**Ключевые слова:** дневной стационар, направленный метод транспорт медикаментов при аутоэритроцитоз

## ROLE OF A DAY HOSPITAL AT REHABILITATION OF PATIENTS WITH A CRANIOCEREBRAL TRAUMA AND EFFICIENCY OF THE DIRECTED TRANSPORT OF MEDICINES

**Tsymbaljuk V.V., Naumova V.V.**

*Novokuybyshevskaja centralnaja gorodskaja bolnica,  
Novokuybyshevsk, e-mail: naumovavalentin@mail.ru*

To Choose an optimum method of introduction of patients in rehabilitation after a craniocerebral trauma. Materials and methods: For 2011 in Novokuybyshevsk central city hospitals 960 victims with cranial – brain trauma, from them 780 victims with brain concussion are treated. All patients with the brain concussion, were first seven days on hospitalisation in the conditions of traumatologic branch. Under supervision of doctors of the neurosurgeon, the traumatologist, the neurologist and the oculist, it was spent dehydration and symptomatic therapy. After the first week of hospitalisation of the given patients have divided into three equal groups on 260 persons and in further them conducted on – a miscellaneous. Results: Satisfactory results of treatment are received in the first group at 252 patients (97%), at the second group of 243 patients (93%), and in the third 156 patients (60%). One day of a day hospital in traumatologic branch in Novokuybyshevsk central city hospitals NTSGB costs 360 roubles, and one day of a day hospital, there are 190 roubles. Thus cost of treatment of patients of the first group =  $(7+7 \cdot 360 = 5040$  0 roubles, cost of treatment of patients of the second group =  $7 \cdot 360 + 7 \cdot 190 = 2520 + 1330 = 3850$  roubles, cost of treatment of patients of the third group =  $7 \cdot 360 = 2520$  roubles. From the given calculations it is visible, that patients of the third group, demands less expenses, but unfortunately, at them results of treatment are much worse. Results of treatment of patients of the first and second group are practically identical, and cost of patients of the second group is much less.

**Keywords:** the day hospital, the directed method transport of medicines at autoeritrocitov

Довольно серьезной проблемой здравоохранения во многих странах, является черепно-мозговая травма (ЧМТ) (по МКБ 10 кодируемая как S00-09).

ЧМТ подвержены до 2% населения ежегодно, что определяет значительное число погибших и ставших инвалидами, особенно среди молодых людей.

Черепно-мозговая травма является самым частым показанием для госпитализации пострадавших в отделение реанимации в многопрофильных стационарах, составляя в среднем от 20 до 35% от всех поступлений. В Великобритании на долю ЧМТ

приходится примерно 15 000 смертей в год. Одна треть из них обусловлена дорожно-транспортными происшествиями. А статистика показывает, что на каждую смерть приходится одно пожизненное увечье. В США травмы составляют лидирующую причину смерти населения в возрасте до 44 лет [1]. По данным статистики, только в США ежегодно регистрируется 1,6 млн пострадавших, из них 800 000 обращаются в службы спасения и другие амбулаторные службы, около 270 000 госпитализируются. Каждый год от 70 000 до 90 000 пострадавших остаются с разной степенью инвалидизации.

Затраты на полный курс лечения пострадавших с ЧМТ в США оценивают в сумму около 35 миллиардов долларов ежегодно. [3] Суммарные же потери общества от черепно-мозгового травматизма. Учитывающие затраты на обеспечение медицинской помощи и ущерб общества от утери трудоспособности. Составляют около 100 миллиардов долларов в год [2, 4, 5]. По данным ВОЗ, частота ЧМТ за последние 10 лет возрастает в среднем на 2% в год. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году предполагается изменение структуры основных причин, приводящих к сокращению продолжительности жизни. При этом травмы в результате автодорожных происшествий переместятся с 9 на 3 место в мировом масштабе, а в развивающихся странах – на второе место.

**Цель исследования:** выбрать оптимальный метод введения больных в период реабилитации после черепно-мозговой травмы.

#### Материалы и методы исследования

За 2011 год в Новокуйбышевской центральной городской больницы пролечено 960 пострадавших с черепно-мозговой травмой, из них 780 пострадавших с сотрясением головного мозга. Все пациенты с сотрясением головного мозга, первых семь дней находились на стационарном лечении в условиях травматологического отделения. Под наблюдением врачей нейрохирурга, травматолога, невролога и окулиста, проводилась дегидратационная и симптоматическая терапия. После первой недели стационарного лечения данных пациентов разделили на три равных группы по 260 человек и в дальнейшем их вели по-разному.

**Первая группа 260 человек:** две недели в стационаре продолжали лечение, а затем семь дней находились на амбулаторном лечении у врача невролога. Полный курс лечения составлял 21 день.

**Вторая группа 260 человек:** после недельного стационарного лечения (круглосуточного) больные еще неделю находились на дневном стационаре, где помимо дегидратационной и симптоматической терапии, выполнено три направленных транспорта 3 мл ноотропила при помощи аутоэритроцитов. Данные процедуры проводились через день в условиях дневного стационара, а затем еще неделю находились на амбулаторном лечении у врача невролога.

Полный курс лечения 21 день.

**Третья группа 260 человек:** после недельного стационарного лечения, две недели находились на амбулаторном лечении, под наблюдением врача невролога где проводилась дегидратационная и симптоматическая терапия.

Полный курс лечения составлял 21 день.

**Способ реализуется следующим образом:** Одним из известных способов у больного у больного забирают кровь, из которой выделяют 50 мл эритроцитов путём центрифугирования. Отмывают от плазмы в изотоническом растворе 0,9% хлорида натрия. Выделяют эритроциты и перемешивают с 3 мл ноотропила в стандартной методике, после чего эритроциты возвращают в кровеносную систему пациента.

Ноотропил хорошо смешивается с эритроцитами, закрепляется на них и попадает в нужное место.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Удовлетворительные результаты лечения получены в первой группе у 252 пациентов (97%), у второй группы 243 пациентов (93%), а в третьей 156 пациентов (60%).

Один день дневного стационара в травматологическом отделении в Новокуйбышевской центральной городской больницы НЦГБ стоит 360 рублей, а один день дневного стационара, стоит 190 рублей.

Таким образом стоимость лечения пациентов первой группы =  $(7 + 7) \cdot 360 = 5040$  рублей, стоимость лечения пациентов второй группы =  $7 \cdot 360 + 7 \cdot 190 = 2520 + 1330 = 3850$  рублей, стоимость лечения пациентов третьей группы =  $7 \cdot 360 = 2520$  рублей.

Из данных расчетов видно, что пациенты третьей группы, требует меньше расходов, но к сожалению, у них намного хуже результаты лечения.

Результаты лечения пациентов первой и второй группы практически одинаковы, а стоимость пациентов второй группы намного меньше.

Обсуждение результатов исследования: происходило на страницах Самарского медицинского журнала № 5–6, 2011 г. (том 63–64), а также на научно-практической конференции врачей травматологов – ортопедов Самарской области в ноябре 2011 года на тему: «Политравма».

#### Вывод

Роль дневного стационара при реабилитации больных с черепно-мозговой травмой в сочетании с направленным транспортом ноотропила при помощи аутоэритроцитов является не только эффективным клинически, но и выгоден экономически.

#### Список литературы

1. Котельников Г.П. [2] Травматология. Национальное руководство // Черепно-мозговая травма; под ред. Г.П. Котельников. – М: Медицина, 2008. – С. 451–476.
2. Макаров А.Ю. [3] Последствия черепно-мозговой травмы и их классификации // Неврол. журнал. – 2001. – №2. – С. 38–41.
3. Орехова Г.Г. [4] Роль организационных технологий в предоставлении медицинской помощи пациентом с последствиями черепно-мозговой травмы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 48 с.
4. Стародубцев А.А., Стародубцев А.И. [5] Клиническая картина травмирующей энцефалопатии и ее динамика в людях молодого возраста, кто перенес сотрясение мозга // Неврол. журнал. – 2008. – №4. – С. 15–19.
5. Jennett B. [1] Epidemiology of head injury. Archives of Disease in Childhood. – 2006. – №78. – P. 403–6.
6. Kay A., Teasdale G. [2] Head injury in the United Kingdom. World J Surg. – 2009. – №25. – P. 1210–1220.