

Травматология

ЖӘНЕ

Ортопедия

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И МЕРЫ ПО ЕГО СНИЖЕНИЮ

Н.Д. БАТПЕНОВ, Г.К. ДЖАКСЫБЕКОВА

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Ғы жылдары Қазақстан Республикасының Үкіметінде денсаулық сақтау ісі жөнінде үш рет Ұлттық ілік кеңесінің мәжілісі өтіліп, онда жол апатын азайту және алдын алу үшін қолданылатын шаралар ын орындалуына арналған негізгі бағыттар ұсынылды.

І жаракатының болу мүмкіндігін күні бұрын болжап, оны болдырмауды, алдын алуды ұғыну және лені көбінесе адамның өзі жасайтынын, әрі оған орынды талдау жасап, кедергі келтіруге болатынын ған деген жаңа көзқарастың бір түрі болып табылады.

In last years session of National Coordination council on health protection was three times held at the Republic an Government where the basic directions for performance of a complex of measures on decrease and the m prevention have been presented.

of aspects of a new sight at a traumatism is the understanding of that the traumatism is substantially pre- d we will prevent, that this problem is in many respects created by the person and that it gives in to the ra- lysis and counteraction.

*В одних странах мира сектор здравоохранения давно признает травматизм
Как одну из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения.
В других странах только сейчас начинают признаваться огромные медицинские,
социальные и экономические издержки насилия и травматизма и предприниматься
серьезные усилия по предупреждению травматизма и преодолению его последствий.*
ВОЗ, 2007

матизм представляет серьезную угрозу для здо- ждой стране: во всем мире от них ежегодно уми- пяти миллионов человек, и на их долю прихо- глобальной смертности (ВОЗ, 2004, 2007). Из 15 причин смерти среди людей в возрасте от 15 до семь так или иначе связаны с травмами или с

насилием. Это травмы в результате дорожно- транспортных происшествий, самопричиненные травмы, межличностное насилие, утопление, пожары, ранения в результате военных действий, отравления и падения (рисунок 1).

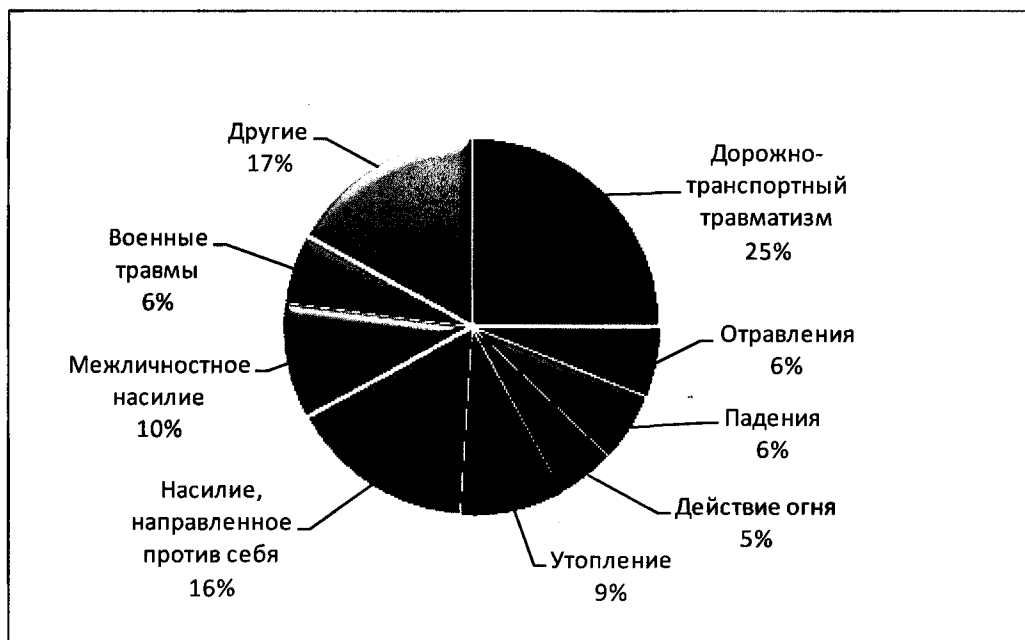


Рисунок 1— Глобальные показатели смертности от травматизма по причинам

Причиной четверти всех смертей от травм в мире является дорожно-транспортный травматизм; самоубийства и межличностное насилие – причина еще четверти всех смертей от травм в мире.

По оценкам ВОЗ, на каждый смертельный исход приходится десятки случаев госпитализации, сотни обращений в отделения скорой помощи и тысячи обращений к врачу. Многие из тех, кто остался в живых после травм или насилия, получают различные формы временной или постоянной инвалидности или страдают другими последствиями, такими, как депрессия и изменения в поведении, связанные с курением, питанием и потреблением алкоголя и наркотиков.

По данным зарубежных исследований в настоящее время в экономически развитых странах, травмы и несчастные случаи находятся на 3 месте после сердечно-сосудистых заболеваний и новообразований по причине смертности и на 2 месте среди причин первичной инвалидности и заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Травматизм имеет место во всех странах, однако и травмы, и их последствия распределяются в мире неравномерно.

Наиболее выражены эти явления в категориях населения с низким и средним уровнем доходов, где на риск травматизма большое влияние оказывает небезопасные условия жизни, работы и поездок. К тому же, в таких категориях населения обычно не предпринимаются меры по предупреждению травматизма, а также отсутствует доступ к высококачественным услугам лечения и реабилитации. Кроме того, поскольку от травматизма так часто страдают как раз те молодые люди, которые являются кормильцами

45–59 лет своих семей, их гибель или инвалидность имеют серьезные последствия для их семей (ВОЗ, 2006).

По оценкам международных экспертов ВОЗ, численные издержки от дорожно-транспортного травматизма составляют ежегодно:

- 518 миллиардов долларов США в мире,
- 65 миллиардов долларов США в странах с низким и средним уровнем доходов (т.е. превышают общий объем помощи на развитие) (ВОЗ, 2007).

В Стратегии развития Республики Казахстан долгосрочными приоритетами определены сохранение здоровья и обеспечение благополучия граждан с предоставлением качественной медицинской помощи, где основными приоритетами являются профилактика и снижение травматизма.

Травматизм является одной из важнейших социальных проблем Казахстана, причем особое беспокойство вызывает рост травматизма со смертельным исходом с переходом на инвалидность, с временной утратой трудоспособности, т.е. утяжелением исходов травмы.

В Казахстане в структуре заболеваемости, временной нетрудоспособности и смертности травмы занимают третье место, по первичному выходу на инвалидность – третье место.

Ежегодно в республике более 600 тысяч человек получают различные повреждения, из них – 22% составляют дети, 78% – подростки и взрослые.

В 2008 году уровень травматизма в республике снизился в сравнении с аналогичным периодом 2007 года на 1,6% и составил 4011,2 на 100 тысяч населения (рисунок 2).

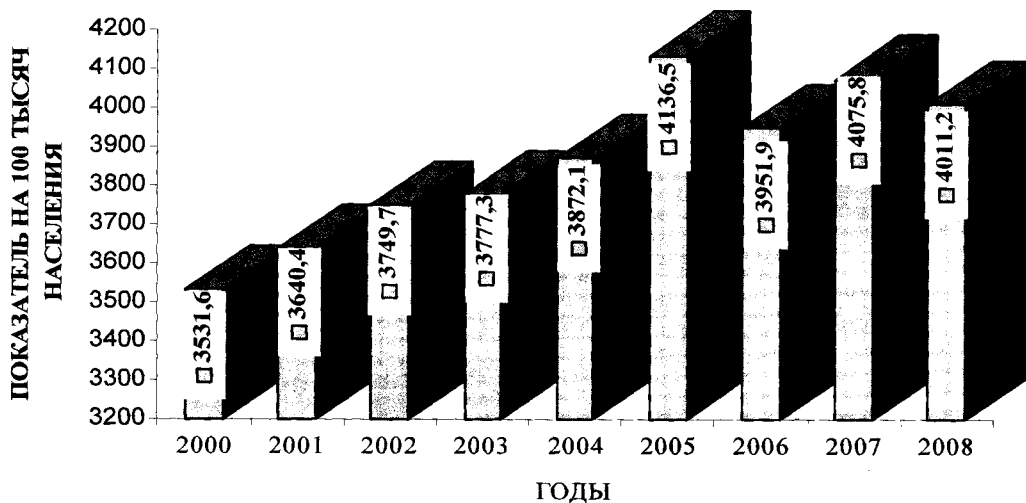


Рисунок 2 – Динамика травматизма в Республике Казахстан (2000-2008 гг.)

Область	Травмы, отравления		Динамика травматизма (%)
	2007г.	2008г.	
республика Казахстан	4075.8	4011.2	-1,6
акмолинская	4946.7	4153.2	-16,0
паvлодvарская	3418.0	3456.5	+1,1
алматинская	3553.7	3941.3	+10,9
павлодарская	1926.3	1988.7	+3,2
западно-казахстанская	5415.1	4995.1	-7,8
жамбылская	4926.2	3634.0	-26,2
восточно-казахстанская	5022.3	5582.2	+11,1
карагандинская	5981.4	5871.5	-1,8
кызылординская	3743.3	3621.7	-14,5
мангыстауская	3341.4	2856.0	-3,2
атyraстaнская	4425.9	3872.3	-12,5
павлодарская	5512.5	5726.9	+3,9
западно-казахстанская	3408.4	3851.2	+13,0
г.Астана	2837.6	3062.3	+7,9
г.Астана	3626,7	4329,1	+19,4
алматы	3243,1	3214,0	-0,9

Ранжирование по уровню травматизма по регионам 100 тысяч населения, показало, что первое место зани- г Карагандинская область – 5871,5; второе – Павлодар- ка область – 5726,9; третье – Западно- Казахстанская асть – 5582,2; четвертое – Восточно-Казахстанская асть – 4995,1; пятое – г.Астана – 4329,1; шестое – Ак- инская область – 4153,2; седьмое – Алматинская об- ласть – 3941,3.

Наметилась тенденция к снижению уровня травма- тизма в Жамбылской – на 26,2%; Акмолинской – на 16%; кызылординской – на 14,5%; Мангыстауской – на 12,5 %; восточно-Казахстанской – на 7,8%.

Вместе с тем, в ряде регионов отмечен рост травма- тизма (в Северо-Казахстанской – на 13%, Западно- Казахстанской – на 11,1%, Алматинской – на 10,9%, в г.Астана – на 19,4%) (таблица 1).

В регионах республики показатели травматизма не- однозначны.

Регионы с развитым производством и промышлен- ной структурой (Карагандинская, Павлодарская, Западно- Казахстанская области) имеют высокие показатели трав- матизма, которые превышают республиканский показат- ель в 1,5 раза (рисунок 3).

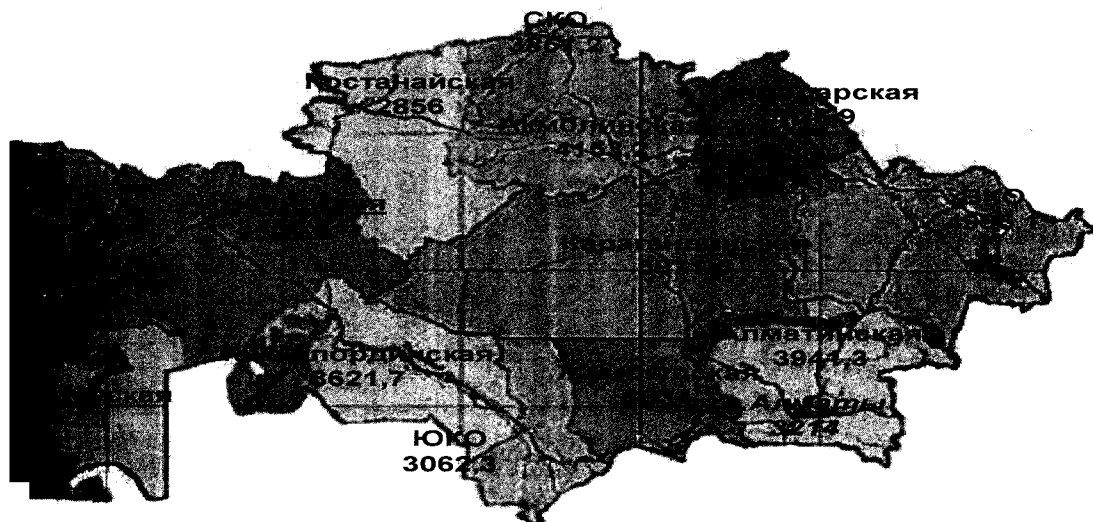


Рисунок 3 – Уровень травматизма в регионах Казахстана в 2008 году

Проблема производственного травматизма, его анализ и затраты средств на социальную защиту и страхование рабочих всегда остро стояли и стоят перед правительством любого государства. Производственный травматизм традиционно выделяется как один из наиболее тяжелых видов травм, чаще всего состоящий из множественных, сочетанных или комбинированных повреждений, требующий в лечении участия специалистов различных специальностей. Анализ причин несчастных случаев на производстве показал, что в последние годы состояние условий и охраны труда находится на очень низком уровне, более 60% занимают причины организационного характера

(нарушения требований безопасности, неудовлетворительная организация производства работ, недостатки в обучении работников безопасности труда, нарушения трудовой дисциплины и т.д.).

В Республике Казахстан уровень производственных травм остается стабильно высоким: в 2006 г. - 22241, 2007 г. - 21278 человек.

За 2008 год зарегистрировано 20117 производственных травм, что составляет 4% от всех травм, что связано в первую очередь, с фактами сокрытия работодателями несчастных случаев для неуплаты штрафных санкций (рисунок 4).



Рисунок 4 – Структура производственного травматизма в Республике Казахстан

Структура производственных травм представлена следующим образом:

- на первом месте – промышленные травмы – 44%;
- на втором месте – строительные травмы – 17%;
- на третьем месте – дорожно-транспортные и сельскохозяйственные травмы – по 11%.

Одной из основных причин сложившейся ситуации с производственными травмами, является снижение жизненного уровня подавляющего большинства населения, воз-

никшего в результате социально-экономических преобразований в стране.

Высокие показатели уровня травм, смертности валидности является результатом ослабления внимания государственных и региональных структур к решению проблем предупреждения различного рода несчастных случаев, путем создания безопасных условий труда и реализации программ здорового образа жизни (таблица 2)

Таблица 2 – Динамика показателей заболеваемости, инвалидности и смертности вследствие травм за 1999 по 2008 год

Показатели	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Заболеваемость (на 100 тысяч населения)	3561,6	3748,5	3865,3	3976,6	4003,7	4099,2	4136,5	3813,4	4075,8	40
Инвалидность (на 10 тысяч работающего населения)	-	5,4	4,1	4,4	4,4	4,4	4,8	4,8	5,1	
Смертность (на 100 тысяч населения)	124,5	141,1	146,6	143,6	125,0	148,0	147,9	150,2	145,2	12

Среди неблагоприятных социальных последствий травм показатели стойкой утраты трудоспособности (инвалидность) довольно высоки. Абсолютное число первично-признанных инвалидов вследствие производственной травмы по Республике Казахстан составило за 2006 г. – 527, 2007 г. – 564, 2008 г. – 557 человек.

В структуре травматизма трудоспособного населения 77% составляют непроизводственные травмы (из них бытовых приходится – 69%, уличных – 21%, дорожно-транспортных – 4%, спортивных – 1,8%, школы – 0,6%) (рисунок 5).



Рисунок 5 – Структура непроизводственного травматизма в 2008 году

Среди причин первичной инвалидности непроизводственные травмы занимают третье место. Из всех экономических потерь от травм на долю непроизводственных приходится свыше 80%. Смертность от них, до сих пор, остается на высоких цифрах и в возрасте до 40 лет шла на первое место.

Повреждения, возникающие при непроизводственных травмах разнообразны как по характеру, так и по локализации: на первое место выходят травмы верхних и нижних конечностей – 61%, на втором месте находятся травмы головы – 16%, на третьем – грудной клетки – 9%.

Анализ характера повреждений при непроизводственных травмах показал:

при бытовых травмах преобладают переломы костей конечностей – 58%, затем – травмы головы – 14%, клетки – 8%.

при уличном травматизме травмы конечностей – в 60% случаев, травмы головы в 18%, груд-

ной клетки – в 8%, живота, поясничного отдела позвоночника и таза – в 3%.

- при дорожно-транспортном травматизме на первое место выходят травмы головы – 26,6%, затем – травмы верхних и нижних конечностей – 45,9%, грудной клетки – 9%.

- травмы, полученные во время спортивных занятий встречаются не так часто, их частота составляет 86,1 на 100 тысяч населения. Наибольший удельный вес в этой группе занимают травмы шеи – 2,9%, травмы головы, верхних и нижних конечностей по 2,2%, травмы грудной клетки – 1,8%, травмы множественной локализации – 1,5%.

Различия в травматизме городского и сельского населения довольно существенны, преобладание составляет более чем в 2,8 раз. Начиная с 2003 года, травмы городского населения выросли на 6,7% и составили в 2008 году 5945,4 на 100 тысяч населения, среди сельского населения рост составил 3,3% (рисунок 6).

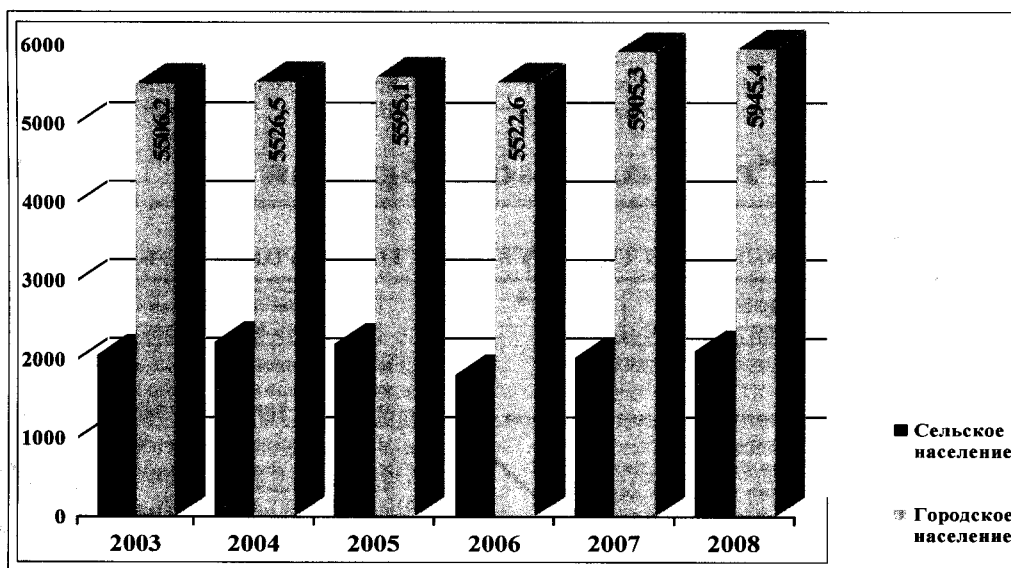


Рисунок 6 – Динамика травматизма среди городского и сельского населения Республики Казахстан

в общей структуре смертности населения, травмы – 13%. Ежегодно от травм погибают более 22 вловок, из них в активном и трудоспособном – 83%.

В 2008 году показатель смертности населения от травм и отравлений в республике составил 125,64 на 100 тысяч населения (рисунок 7).

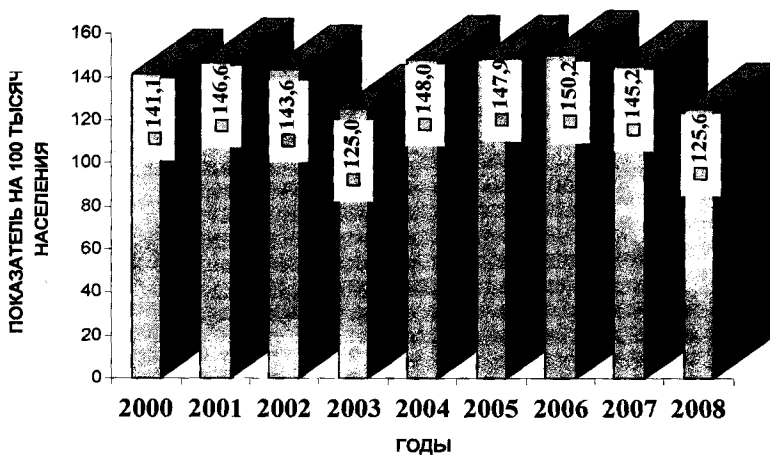


Рисунок 7 – Динамика смертности от травм в Республике Казахстан за 2000-2008 годы

В разрезе регионов высокие показатели на 100 тысяч населения отмечены в Акмолинской (182,1), Карагандинской (170,7), Восточно-Казахстанской (164,6), Северо-Казахстанской (161,2) областях.

В последние годы особую актуальность приобретает дорожно-транспортный травматизм вследствие увеличения парка транспортных средств, интенсивного развития промышленности и высотного строительства, что повлекло за собой изменение характера и локализации повреждений и значительному росту тяжелой множественной и сочетанной травмы. При таких повреждениях от 60 до 70 % пострадавших госпитализируются в состоянии шока и половина из них умирает в первые сутки госпитализации. Более чем половине пострадавших (63 %) в условиях сельских районов не оказывается полный объем травматологической помощи.

В хирургической практике существует понятие «золотого часа», в течение которого мобилизуются компенсаторные возможности, поддерживающие основные витальные функции организма. В течение этого времени своевременно оказанная медицинская помощь снижает летальность от травм на 15-17%. В условиях Республики Казахстан это осложняется низкой плотностью населения,

большой протяженностью расстояния и удаленности районных центров, плохим качеством сельских дорог, недостаточной укомплектованностью врачами районных больниц и врачебных амбулаторий.

Оказание специализированной помощи больным травмами опорно-двигательного аппарата в РК обеспечивают 755 травматологов-ортопедов, в том числе 54 сельской местности. Обеспеченность врачами травмологами – ортопедами – 0,5 на 10 тысяч населения. Средняя нагрузка в травматолого-ортопедическом отделе составляет 15–20 больных на 1 должность травматолога-ортопеда, и представляется чрезмерной с учетом увеличения количества больных с тяжелой множественной и сочетанной травмой, которые нуждаются в многоэтапном лечении, трудоемкости и материалоемкости травматологической помощи.

Ежегодно на планете в дорожно-транспортных происшествиях погибают 1,2 млн. человек, а более 2 становятся инвалидами и еще 50 млн. получают ранения. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году травматизм и смерти на дорогах может стать более серьезной проблемой людей, чем даже такие заболевания, как малярия, туберкулез и СПИД.

Глобальное бремя

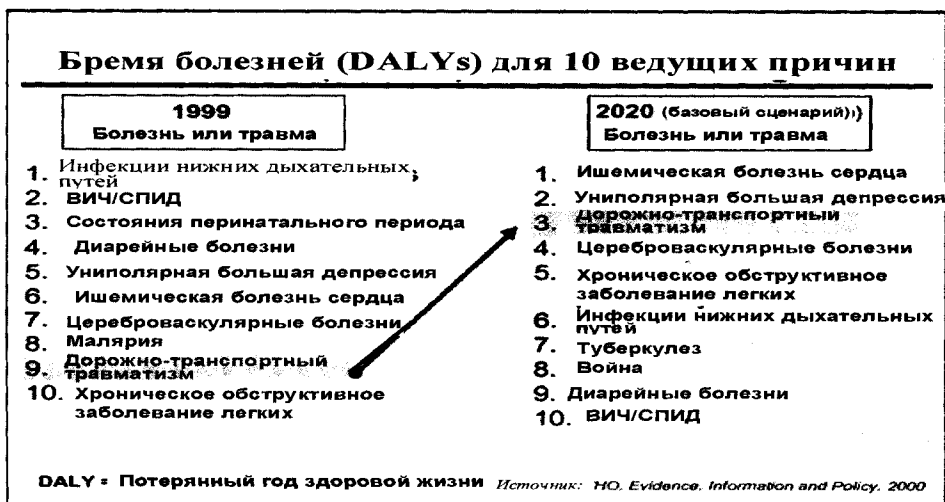


Рисунок 8 – Глобальные причины бремена болезней

огласно прогнозам, без дальнейших усилий по чению безопасности, адекватных постоянно расту- числу автомобилей, к 2020 году дорожно- ортный травматизм станет третьей основной причи- юбального бремени болезней и травм (девятая – в оду), поэтому важность этой проблемы не вызывает ий (рисунок 8). Вместе с тем опыт ряда стран, в том и Казахстана показывает, что эти «издержки цивили- ии» вполне преодолимы. Повышение внимания к роблеме сегодня может в будущем привести к зна- ному снижению уровня смертности и травматизма. ю данным Комитета дорожной полиции МВД Рес- ки Казахстан, за последние 10 лет в Казахстане про-

изошло свыше 127 тысяч дорожно-транспортных проис- шествий (ДТП), в которых погибли свыше 25 тысяч и по- лучили ранения более 151 тысячи человек.

Во исполнение поручения Премьера-Министра РК, подтвержденного приказом Министра здравоохранения № 551 «Об утверждении порядка оказания медицинской по- мощи пострадавшим в дорожно-транспортном происшест- вии», Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, проводит регулярный мониторинг дорожно- транспортного травматизма в регионах республики (таблица 3).

таблица 3– Мониторинг пострадавших в ДТП в Казахстане за 2008 год

Область	Количество ДТП		Погибшие		Пострадавшие	
	Абс. число	% к 2007 году	Абс. число	% к 2007 году	Абс. число	% к 2007 году
республика Казахстан	13739	-13,8	3351	-23,2	16400	-13,5
Актюбинская	566	-18,2	240	-18,1	705	-17,9
Актюбинская	409	-13,9	100	-35,9	474	-14,4
Алматинская	1565	-14,3	603	-21,3	1928	-8,9
Астана	158	-9,2	76	-23,2	170	-12,8
Атырауская	1070	-19,2	243	-31,4	1273	-16,1
Жамбылская	609	-10,3	364	-4,2	712	-10,6
Жезказганская	305	-10,6	88	-26,1	297	-10,0
Жоңғарская	1242	-21,9	319	-20,4	1548	-23,1
Карагандинская	227	-26,5	98	-28,5	239	-19,5
Костанайская	837	-16,0	137	-11,0	1064	-19,2
Кызылордская	239	-4,4	87	-38,7	254	-2,7
Ленинградская	454	-11,5	131	-38,8	562	-9,1
Павлодарская	373	-11,0	79	-2,5	440	-15,7
Северо-Казахстанская	2729	-13,0	532	-23,5	3510	-10,2
Семейская	382	-24,5	81	-25,7	400	-34,1
Таразская	2574	-5,0	173	-34,7	2824	-7,1

Анализ данных показал, что в сравнении с 2007 го- республке снизилось количество ДТП на 2203 количество погибших на 1014 (на 23,2%), количе- традавших на 2551 (на 13,5%) (таблица 3). Важ- показателем, характеризующим уровень аварий- является коэффициент тяжести последствий ДТП. В по республике коэффициент тяжести составил 17 х в расчете на 100 пострадавших в происшестви- влении с 2007 годом значение этого показателя ъ на 1,7. Из расчета на 100 тысяч жителей в до- транспортных происшествиях погибли 21 человек, нии с 2007 годом значение этого показателя лось на 7 человек.

По вине водителей совершено 12 222 ДТП, что со- 89,0% от всех происшествий. Из них по вине не- водителей зарегистрировано 496 (-18%) ДТП, в

которых 135 (-2,9%) человек погибли и 706 (-16,4%) полу- чили различные травмы. По вине водителей автобусов совершено 342 ДТП(-16%), в которых погибли 104 (- 18,8%) и получили ранения – 444 (-9,6%) человека. Около трети всех пострадавших в ДТП людей составляли пеше- ходы. На их долю пришлось 29,6% от общего числа погиб- ших и 35% – раненых. Всего с участием пешеходов было зарегистрировано 2012 (+47,1%) ДТП, в которых 992 (+43,6%) человек погибли и 5738 (+48,2%) получили ране- ния. По вине пешеходов зарегистрировано 1 526 ДТП (+32,2%), в которых погибли 186 (+20,0%) человек и полу- чили ранения – 1 396 (+32,7%). Наибольшее количество крупных ДТП произошло в Южно-Казахстанской (7), Жамбылской (6), Карагандинской (5) и Алматинской (4) областях (официальный сайт МВД РК).

Ситуация с аварийностью на дорогах стала предметом пристального внимания всей общественности республики. На прошедшем 10 июня 2009 года заседании Национального Координационного совета по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан, директором НИИТО профессором Батпеновым Н.Д. был представлен доклад о состоянии травматолого- ортопедической помощи и травматизма в республике, об актуальности рассматриваемой проблемы и принимаемых мерах по профилактике и снижению травматизма.

В 2008 году сотрудниками НИИТО были проведены проверки состояния травматологической помощи и материально-технической обеспеченности медицинских организаций, расположенным вдоль автомагистралей Астана – Караганда – Кокшетау – Петропавловск. Общей проблемой, до настоящего времени, остается недостаточно полное обеспечение ЦРБ современными средствами диагностики и лечения переломов. В небольших населенных пунктах действующие ФАПы и амбулатории на трассах республиканского значения, где наиболее часто регистрируются дорожно-транспортные происшествия, недоукомплектованы средствами транспортной иммобилизации, а имеющееся оборудование требует обновления и пополнения.

За последние 40 лет произошли значительные перемены как в восприятии и понимании проблем, связанных с предупреждением травматизма, так и в практических подходах к их решению.

Один из ключевых аспектов нового взгляда на эту проблему – понимание того, что травматизм в значительной степени предсказуем и предотвратим, что эта проблема во многом создана самим человеком и что она поддается рациональному анализу и противодействию.

Здравоохранение является только одним из секторов (обычно даже не ведущих), участвующих в профилактике травматизма, однако, решение проблемы лежит в самых различных областях.

В этой связи, компетенцией Министерства здравоохранения РК было определено совершенствование системы оказания неотложной помощи при дорожно-транспортных происшествиях и обеспечение медицинских организаций реанимобилями или другими средствами санитарной авиации.

В соответствии с постановлением Правительства РК №9 от 10.01.2008 года «Об утверждении Правил организации деятельности службы санитарной авиации», Министерством здравоохранения РК в рамках 038 бюджетной программы «Целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам г.Астана и Алматы, на материально-техническое оснащение медицинских организаций здравоохранения на местном уровне» в 2008 году закуплены 14 реанимобилей, до 2011 года запланирован закуп еще 50 реанимобилей.

В том числе, проводится преимущественное оснащение санитарным автотранспортом медицинских организаций, расположенных вдоль основной магистрали Астана – Караганда – Алматы – Жамбыл – Шымкент – Кызылорда, как наиболее травмоопасных участков.

Вместе с тем, для обеспечения эффективности мер по предупреждению травм необходимо, прежде всего, понимание всей серьезности проблемы и принятие комплекса организационных мер, признание роли здоровья населения как стратегического потенциала, фактора национальной безопасности, стабильности и благополучия общества.

В протокольном решении Национального Координационного Совета от 10.06.2009 года были представле-

ны основные направления для выполнения комплекса по снижению и предупреждению травматизма на муниципальном уровне, такие как:

- доукомплектование стационарных и амбулаторно-травматолого-ортопедических отделений и кабинетов профилированными специалистами, оснащение профильных отделений областных больниц современным оборудованием, конструкциями, имплантатами для оказания специализированной помощи больным с травмами (но-двигательного аппарата);

- повышение профессионального уровня врачей травматологов-ортопедов на базе НИИ травматолого-ортопедии или в научных центрах ближнего и дальнего зарубежья;

- организация межрайонных травматологических отделений в лечебно-профилактических организациях магистральных трассах и дорогах республиканского межгосударственного значения;

- совершенствование мер по неотложной помощи пострадавшим с использованием санитарной авиации;

- контроль за оснащением, обновлением и регулярным пополнением медикаментами медицинских организаций, расположенных вблизи постов МАИ, для своевременного оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в ДТП;

- развитие в регионах специализированных отделений или центров, в том числе дневных стационаров оказания травматолого-ортопедической помощи на дому;

- активизация образовательной и разъяснительной работы среди населения, особенно среди подрастающего поколения, с привлечением средств массовой информации по профилактике и предотвращению всех видов травматизма;

- рассмотрение возможности обеспечения связи радиосвязи, использования систем спутниковой навигации (GPS) для своевременной помощи пострадавшим.

- Министерством внутренних дел, здравоохранения, образования и науки, труда и социальной защиты населения, чрезвычайных ситуаций, акимам областей, городов Астаны и Алматы было поручено:

- проведение своевременного и качественного мониторинга дорожно-транспортных происшествий на территории республиканского и межгосударственного значения;

- усиление взаимодействия в вопросах профилактики дорожно-транспортных происшествий с общественными объединениями, неправительственными организациями СМИ;

- обучение личного состава МВД и МЧС методам оказания первой медицинской помощи при травмах;

- открытие в детских дошкольных и школьных учреждениях кабинетов, уголков по обучению правилам дорожного движения и безопасности на дорогах;

- включение вопросов профилактики травматизма в обучающие программы школьных и дошкольных учреждений;

- своевременное и качественное обеспечение инвалидов протезно-ортопедическими изделиями и техническими вспомогательными (компенсаторными) средствами согласно индивидуальной программе реабилитации инвалидов;

- обеспечение доступа инвалидов к объектам социальной, транспортной и рекреационной инфраструкту-

развитие форм социальной и профессиональной помощи, содействия занятости и трудоустройству;

создание единой информационной системы регистрации учета всех видов травм, в том числе и на производстве, в рамках реализации проекта «Создание единой информационной системы здравоохранения»;

пересмотреть нормативы нагрузки на медицинский персонал травматолого-ортопедического отделения, а также из расчета 10 больных на 1 врачебную должность травматолога-ортопеда в стационаре и 4 человека в час на горном уровне;

обучение населения приемам само- и взаимопомощи при травмах, оснащению медицинских пунктов и лечебно-профилактических организаций современными средствами по оказанию первой медицинской помощи при травмах;

улучшить преемственность и межведомственные связи организаций образования, труда и социальной защиты населения, здравоохранения и других ведомств в вопросах организации профилактики и снижения травматиз-

Травматология и ортопедия – это дорогая отрасль медицины. Однако финансирование из местного бюджета не обеспечивает в полном объеме население современными бесплатными конструкциями для остеосинтеза переломов и протезами крупных суставов. Поэтому, областные больницы, оказывающие высокоспециализированную медицинскую помощь, целесообразно частично перевести на финансирование из республиканского бюджета, что позволит широко применять передовые современные технологии лечения переломов, даст возможность значительно сократить сроки лечения и частоту инвалидизации пострадавших.

Поддержка Правительства, межведомственный подход, использование мирового опыта и многочисленных современных достижений в области профилактики травматизма, усиления и пропагандистская деятельность специалистов здравоохранения и других заинтересованных ведомств, позволят осуществить вышеуказанные мероприятия, стабилизировать обстановку по травматизму и снизить его уровень, предотвратить многие случаи гибели и инвалидизации в результате травм.