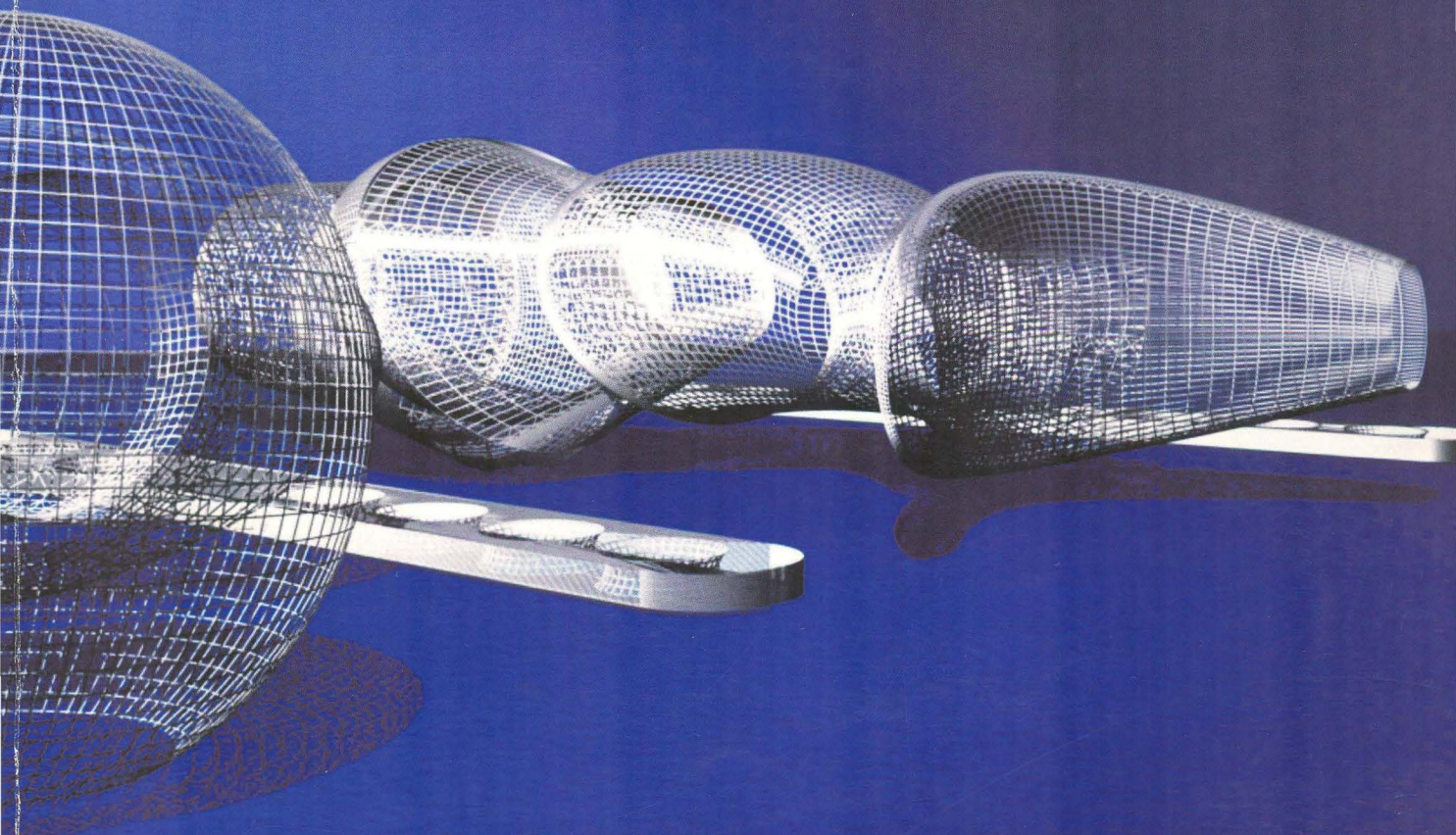


ISSN 1684-9280

Травматология ЖӘНЕ Ортопедия



2/2008

ОРГАНИЗАЦИЯ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА

УДК 616-001

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ

Н.Д. БАТПЕНОВ, Г.К. ДЖАКСЫБЕКОВА, Р.К. СЕКЕНОВА

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Травматизм - қоғамдық денсаулық сақтаудың күрделі мәселесі, терең мамандық аралық қарастыруды қажет етеді. Травматизмді алдын-алу және бағытталған шараларды қолдану үшін травматизмнің деңгейін жекелеген топтар арасында да, халық арасында да анықтау қажет.

Әлемдік тәжірибе және қазіргі таңдағы жетістіктерді травматизмді алдын-алу шараларында қолдану, денсаулық сақтау мамандықтарының және де басқа мамандардың қатысуымен Қазақстанда жарақаттан кейінгі өлім мен мүгедектіктің үлес салмағын төмендетуге болады.

Traumatism is a serious problem of the public health services, demanding the deep interdisciplinary approach. For a choice of priorities in the field of prophylaxis of a traumatism and carrying out of the directed interventions it is important to estimate level of a traumatism both in certain group, and among the population as a whole.

Making use of world experience and modern achievements in the field of traumatism prophylaxis, thanks to efforts and propaganda activity of experts in the field of public health services and other interested persons, in Kazakhstan probably realisation of measures which will prevent many cases of destruction and disability as a result of traumas.

В Республике Казахстан патология опорно-двигательной системы занимает одно из первых мест среди болезней с временной и стойкой утратой трудоспособности. В 2007 году в республике было зарегистрировано 631111 травм и отравлений, отмечена тенденция к их росту на 3,5% (4075,8 против 3931,9 на 100 тысяч населения в 2006 г.). Особенно высок травматизм среди подростков (6004,4 на 100 тысяч населения), который превышает среднереспубликанский показатель в 1,5 раза. Наиболее высокие показатели травматизма как среди взрослых, так и среди детей зарегистрированы в Карагандинской, Восточно-Казахстанской и Мангыстауской областях.

Среди всех видов травматизма наибольшую актуальность и социальную значимость имеют дорожно-транспортный и производственный травматизм.

За последние 10 лет в Казахстане произошло свыше 127 тысяч дорожно-транспортных происшествий (ДТП), в которых погибли свыше 25 тысяч и получили ранения более 151 тысячи человек. При этом суммарные экономические потери за этот период превысили 8 млрд. долларов США.

Ситуация усугубляется большим количеством гибели и травмирования детей. Несмотря на то, что в последние годы по ряду показателей наметилась некоторая тенденция к снижению детского дорожно-транспортного травматизма, проблема остается достаточно актуальной.

Каждый день в Казахстане в среднем регистрируется 8 дорожно-транспортных происшествий с участием детей. За год погибает около 300 детей. Необходимо отметить, что только одна треть зарегистрированных ДТП произошли по вине детей, остальные 70% - по вине водителей.

Анализ детского дорожно-транспортного трав-

матизма показывает, что в подавляющем большинстве (74%) жертвами дорожных трагедий по собственной вине становились дети школьного возраста. Причем почти половина из них (47%) - это учащиеся начальных классов (по данным официального сайта МВД РК).

Ежегодно в Республике Казахстан регистрируется более 21000 производственных травм (из них в 5% - у подростков), что составляет 4% от общего числа травм и отравлений. Показатель распространенности составил 27,7 (в 2006 году - 30,4) на 10 тысяч работающего населения.

Наиболее высокие показатели производственных травм зарегистрированы в Мангыстауской области, где показатель частоты травм превысил среднереспубликанский в 9 раз (260,1), на втором месте - Западно-Казахстанская область - превышение в 2 раза (60,5), и на третьем месте - Костанайская область - 52,7 на 10 тысяч работающего населения, что выше среднереспубликанского в 1,9 раз.

По видам травм - среди производственных, связанных с промышленностью (1,6% от всех травм) наблюдается положительная динамика (в 2006 г. - 1,8% от всех травм), т.е. снижение показателя частоты на 10 тыс. населения за указанные годы (наиболее выражено в Акмолинской, Актюбинской, Алматинской, Карагандинской, Кызылординской и Северо-Казахстанской областях), а в целом по республике снижение показателя промышленных производственных травм на 10 тысяч населения составило 8%.

Рост показателя частоты промышленных производственных травм в динамике отмечается в Западно-Казахстанской, Жамбылской, Костанайской, Мангыстауской областях и г.Алматы.

Республиканский показатель частоты производ-

ственных травм в промышленности в динамике остается стабильным и составлял на 10 тысяч работающего населения: в 2003 году – 13,0; в 2004 году – 12,4; в 2005 году – 16,1; в 2006 году – 14,4; в 2007 году – 13,2.

В сельском хозяйстве наблюдался рост показателя частоты травм в Костанайской области, Мангистауской области и г.Алматы. Республиканский показатель частоты травм за указанный период вырос на 2,8% и составил 2,9 в 2007 году против 2,9 в 2006 году.

Положительная динамика (снижение) отмечалась в Атырауской, Алматинской, Восточно-Казахстанской, Карагандинской, Кызылординской и Северо-Казахстанской областях.

Результаты анализа травм вследствие дорожно-транспортных происшествий показали рост среднереспубликанского показателя частоты травм, который превысил 17% в сравнении с 2006 годом. Наиболее высокие показатели зарегистрированы в Мангистауской области и г.Астана (90,4 и 6,5 на 10 тысяч населения соответственно).

Снижение данного показателя отмечается в Алматинской, Жамбылской, Карагандинской, Кызылординской и Северо-Казахстанской областях.

Республиканский показатель частоты травм вследствие ДТП остается стабильным в динамике (2003 г. – 4,3; 2004 г. – 5,4; 2005 г. – 4,0; 2006 г. – 3,1; 2007 г. – 3,8 на 10 тысяч населения).

На строительстве показатель частоты травм вырос с 2006 по 2007 годы в Жамбылской, Западно-Казахстанской, Костанайской и Мангистауской областях. Республиканский показатель частоты травм на строительстве составил в 2006 г. – 3,8, в 2007 г. – 3,4 на 10 тысяч населения.

Снижение частоты травм на строительстве отмечено в Алматинской, Атырауской, Восточно-Казахстанской, Карагандинской, Павлодарской, Южно-Казахстанской областях и г. Астане.

Для снижения тяжести социальных последствий травм чрезвычайно важна квалифицированная специализированная помощь пострадавшим, особенно стационарная, потому что именно она позволяет сохранить жизнь пострадавшим с наиболее тяжелыми повреждениями. По нашим наблюдениям, в среднем госпитализируется 35-40% пострадавших с травмами. Так как этот вид помощи является наиболее затратным с экономической точки зрения, важное значение приобретает рациональное использование специализированного коечного фонда.

Показания для направления пострадавших на стационарное или амбулаторное лечение регламентированы приказом Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения № 459 от 24 июля 2000 года «О дальнейшем развитии травматолого-ортопедической помощи населению Республики Казахстан».

В Республике Казахстан для оказания стационарной помощи развернуто 2174 травматологических коек для взрослых и 492 – для детей. Обеспеченность населения травматологическими койками со-

ставляет 2,1 на 10 тысяч населения (в т.ч. взрослого населения – 1,4‰).

Анализ динамики стационарной травматолого-ортопедической помощи показал, что до 1991 года ее развитие шло по экстенсивному типу. В последующие годы, в период внедрения обязательного медицинского страхования, коечный фонд службы значительно сократился. При этом резко возросло количество госпитализированных больных с травмами. Объем госпитализации увеличился в основном за счет сокращения средней длительности стационарного лечения и, частично за счет интенсификации работы койки, что негативно отразилось на возросшем обороте койки и на условиях пребывания пациента в больнице.

Перспективы дальнейшего совершенствования стационарной травматологической помощи видятся в реструктуризации имеющегося коечного фонда в соответствии с уровнем и структурой госпитализации. Исследованиями, проведенными в НИИ травматологии и ортопедии Республики Казахстан, установлено, что частота госпитализации связана как с общей частотой травм, так и с возрастными показателями травматизма.

Введение системы платных услуг и ограниченный гарантированный объем бесплатной медицинской помощи создали сложные условия для функционирования травматологической службы, изначально созданной для оперативной и бесплатной помощи населению и вынужденной перейти к получению средств путем оказания «медицинских услуг».

Двойственность ситуации приводит к колоссальным психологическим перегрузкам, что вместе с низкой заработной платой труда является одной из причин оттока из травматологической службы наиболее квалифицированных и опытных кадров.

Интенсификация труда приводит к тому, что с такими нагрузками могут справляться только молодые и физически крепкие люди. Система подготовки врача хирургической специальности требует многолетней практики и только в зрелые годы достигается необходимый уровень профессионального мастерства.

При проведении мониторинга оказания стационарной помощи в травматологических отделениях было установлено, что при 40-часовой рабочей неделе, фактическая нагрузка на одного врача составила 15-18 больных.

При работе в операционной и перевязочной, врач травматолог – ортопед травматологического или ортопедического отделений, в среднем затрачивает время на проведение:

- одной операции (1,5-2 часа), перевязок (30-40 минут), гипсование (30-40 минут), оформление выписок и этапных эпикризов (20 минут), работа с медицинской документацией на 1 больного (20 минут).

При анализе рабочего дня врача травматолога-ортопеда специализированного отделения, оказывающего высокоспециализированную медицинскую помощь, рабочее время распределено в следующем порядке (таблица 1).

Таблица 1 – Хронометраж рабочего времени врача травматолога-ортопеда

Наименование мероприятия	Количество больных на 1 врача	Время на 1 больного	Общее затраченное время
Проведение организационных мероприятий	15		60 мин.
Лечебная работа в отделении	15		60 мин.
Работа в операционной (операции эндопротезирования, эндокоррекция сколиоза, остеосинтез, артроскопия)	3	120 мин.	360 мин.
Перевязки, пункции, наложение лонгет, занятие с больными по индивидуальной послеоперационной программе)	15	10 мин.	150 мин.
Осмотр поступивших больных	3	20 мин.	60 мин.
Работа с медицинской документацией	15	10 мин.	150 мин.
Планирование и подготовка предстоящих операций	3	20 мин.	60 мин.
Консультация больных в отделениях	3	20 мин.	60 мин.
ИТОГО			960 мин. (16 часов)

Проведенный хронометраж работы врача травматолога-ортопеда показал, что его рабочий день составляет 16 часов, существующая фактическая нагрузка на врача травматолога-ортопеда представляется завышенной и соответствует 2 ставкам. Это негативно влияет на качество медицинской помощи, повышает психоэмоциональную нагрузку, врач травматолог-ортопед не укладывается в норму рабочего времени, ограничено время для беседы с родственниками больных и для санитарно-просветительной работы в СМИ по вопросам профилактики травматизма.

Для приближения травматологической помощи к населению и оказания экстренной медицинской помощи в Республике Казахстан функционируют 40 круглосуточных травматологических пунктов, за исключением Акмолинской и Алматинской областей, которые не имеют пунктов по оказанию экстренной травматологической помощи. Из общего числа посещений к травматологам-ортопедам – 64% приходится на круглосуточные травматологические пункты.

В среднем за 1 неделю экстренная медицинская помощь оказывается более чем 500 больным, что говорит о превышении нагрузки на врача травматолога-ортопеда и негативно сказывается на качестве оказываемой медицинской помощи.

Проведенный фактический анализ показал, что временные затраты на 1 больного в среднем составляют до 40 минут в сложных случаях, что включает наложение гипсовой повязки – 30–40 минут; прове-

дение вакцинации, рентгенологического контроля, различных манипуляций – 30–40 минут; первичная хирургическая обработка и ушивание раны – до 60 минут; наложение скелетного вытяжения и проведение амбулаторных операций – до 60 минут; пластика поврежденных связок и сухожилий – 50–60 минут.

Специализированную амбулаторную и ортопедическую помощь в республике оказывают врачи 209 кабинетов, из них 55 – на селе.

Научными сотрудниками НИИТО проведен хронометраж работы врача травматолога – ортопеда по обслуживанию взрослого и детского населения в регионах Казахстана с высокими показателями травматизма.

В среднем за 1 рабочую 5–дневную неделю врач травматолог – ортопед поликлиники на 1,5 ставки принимает около 120 больных, из них первично обратившиеся больные составляют 41% и повторные – 59%.

Согласно действующего приказа, нормативная нагрузка на врача травматолога – ортопеда на приеме в поликлинике составляет 6–7 больных в час, т.е. 10 минут на 1 больного.

Однако, при проведении хронометража времени работы врача травматолога – ортопеда на приеме, фактически затраченное время составило в среднем 30–35 минут, а при проведении контрольной рентгенографии и повторного врачебного осмотра на одного больного затрачивается до 90 минут (первичная хирургическая обработка ран, обезболивание, про-

мывание раны антисептическим раствором, зашивание ран, прививки против столбняка и бешенства, наложение и снятие швов, наложение и снятие гипса).

Наблюдается увеличение затраты времени на врача травматолога-ортопеда в связи с увеличением количества травм, необходимостью проведения дополнительного сложного обследования и консультаций, наличия сопутствующих соматических заболеваний, утяжеления состояния пострадавших, которые нуждаются в квалифицированном как стационарном, так и амбулаторном лечении.

При анализе работы детского врача травматолога-ортопеда выявлено, что в среднем фактическая нагрузка на детского травматолога-ортопеда на приеме в поликлинике составила 10 больных в час (заболевание + профилактические осмотры), что превышает норму нагрузки, утвержденную Приказом Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения № 459 от 24 июля 2000 года. Из числа принятых в поликлинике детским врачом травматологом-ортопедом, первичные больные составили – 53% и повторные – 47,4%.

На основании вышеизложенного, НИИТО представил в Министерство здравоохранения Республики Казахстан проект приказа по совершенствованию травматолого-ортопедической помощи населению, с экономическими расчетами и предложениями снижения нормативной нагрузки до 10 коек на 1 врача травматолога-ортопеда в стационаре и 4 больных на амбулаторном приеме.

Исторически сложилось так, что в целом система общественного здравоохранения уделяла мало внимания травматизму.

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.

Для выбора приоритетов в области профилактики травматизма и проведения направленных вмешательств важно оценивать уровень травматизма как в определенной группе, так и среди населения в целом.

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

Межведомственный подход, разработка комплексной целевой программы по профилактике травматизма, при поддержке Правительства, позволит эффективными мерами стабилизировать обстановку по травматизму и снизить его уровень. Для этого считаем необходимым:

- Определить профилактику травматизма – одним из приоритетных направлений политики государства.
- Утвердить национальную программу по повышению безопасности на дорогах.
- Унифицировать и совершенствовать систему оказания неотложной помощи при дорожно-транспортных происшествиях.
- Совершенствовать мероприятия по профилактике производственного травматизма.
- Усовершенствовать программы обучения личного состава и персонала МВД и МЧС правилам оказания первой неотложной помощи.
- Совершенствовать учебные планы по обучению правилам дорожного движения в организациях образования (школьные и дошкольные учреждения).
- Усилить пропагандистскую работу по вопросам профилактики травматизма в средствах массовой информации.

Таким образом, используя мировой опыт и многочисленные современные достижения в области профилактики травматизма, благодаря усилиям и пропагандистской деятельности специалистов в области здравоохранения и других заинтересованных лиц, в Казахстане возможно осуществление вышеуказанных мероприятий, которые предотвратят многие случаи гибели и инвалидизации в результате травм.