

На правах рукописи

ДАУТОВ РУСТАМ РИНАТОВИЧ

**Научное обоснование совершенствования первичной
медико-санитарной помощи городскому населению
при травмах**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Уфа
2020

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор

Шарафутдинова Назира Хамзиновна

Официальные оппоненты:

Калининская Алефтина Александровна – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья федерального государственного бюджетного научного учреждения «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

Москвичева Марина Геннадьевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения института дополнительного профессионального образования федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «___» _____ 2020 года в 14⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета Д 208.072.06 на базе ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997 г. Москва, ул. Островитянова, д.1

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997 г. Москва, ул. Островитянова, д.1 и на сайте <http://rsmu.ru>

Автореферат разослан «___» _____ 2020г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук

Бокарева Наталия Андреевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Травмы в настоящее время представляют собой серьезную медико-социальную проблему (Королев В.М., Кораблев В.Н., 2012; Миронов С.П., Еськин Н.А., Андреева Т.М., 2012; Фаттахов Т.А., 2015; Дягилев А.В., Галочкин А.В., 2019), обусловленную длительными сроками лечения и временной нетрудоспособностью пациентов, высоким уровнем смертности и инвалидности, значительными прямыми и косвенными (вследствие утраты трудового потенциала общества) экономическими потерями (Хетагурова А.К. 2008; Галиулина О.В., 2008; Королев В.М., Кораблев В.Н., 2012; Полунина Н.В., 2012; Завьялов А.М., Голышева Г.В., Сорокина Е.А., 2018; Шурупов Э.В., Толмачева М.В., Пономарева Л.М., 2018). По данным Е.П. Какориной и соавт. (2014, 2019) травмы составляют почти треть (28,4%) всех смертей лиц трудоспособного возраста, а в структуре детской смертности находятся на первом месте. Каждый десятый случай временной нетрудоспособности среди россиян в 2012 году был связан с получением травмы.

Среди городского населения травматизм находится на высоком уровне и обусловлен множеством причин, среди которых факторами высокого риска можно выделить несоблюдение техники безопасности в производстве, злоупотребление алкоголем, несоблюдение правил дорожного движения, неосторожное обращение в быту с техникой и оборудованием (Соколов, В.А. 2006; Селиванов Л.К., 2016; Донцов А.С., Дроздова Л.Ф., 2019).

Рост производственных мощностей, увеличение скоростей транспортных средств и урбанизация закономерно приводят к увеличению травм среди населения (Булешова А.М., Булешов М.А., Кудрявцев А.В. и др., 2016; Деревянский В.Ю., 2018). Проблема травматизма обусловлена не только частотой травм, но утяжелением травматических повреждений, увеличением летальных исходов (Леонов С.А., Огрызко Е.В., Андреева Т.М., 2009; Мигунова О.В., 2011; Гусев Д.С., 2014; Langlois J.A., Rutland-Brown W., Thomas K.E., 2006).

По данным Э.В. Рахматуллина и соавт. (2014) в Республике Башкортостан (РБ) несчастные случаи занимали второе место в структуре смертности (11,7%), традиционно следуя за болезнями системы кровообращения (46,2%), а по данным Р.М. Арсланова и соавт. (2016) в структуре первичной инвалидности в РБ в 2013 году пятое ранговое место заняли последствия травм и несчастных случаев с долей 3,9%.

Одним из наиболее распространенных вариантов травматизма является бытовой травматизм (Гречухин И.В., Одиноченко Н.Г., Зимний С.А. и др., 2011; Королева А.М., Вершинина В.С., Стефанов А.А. и др., 2018; Турсунов М.Ж., Унайбаев Б.Ж., Богаров М.Я. и др., 2018; Кузьмин А.Г., 2019). По данным Л.К. Селиванова (2016) в 2015 году в Российской Федерации бытовые травмы

охватывали 69,9% всех повреждений и уровень травматизма значительно колебался по регионам.

Выполнение ряда мероприятий по снижению травматизма среди населения не приводит к снижению распространенности травм. Ряд авторов отмечают рост травматизма, особенно среди мужского населения, хотя травматизм остается высоким и среди женского населения, особенно у женщин в старших возрастных группах (Черкасов С.Н., Спасенников Б.А., Мешков Д.О. и др., 2017; Ханбикова Э.Р., Богданова Т.М., 2018; Щепин В.О., Шишкин Е.В., 2018; 2019). Оказание своевременной медицинской помощи в адекватном объеме при получении травм, особенно в первичном звене, является условием снижения и возможности возникновения временной или стойкой нетрудоспособности (Миронов С.П., Еськин Н.А., Андреева Т.М., 2010; Шишкин Е.В., 2019; Искандаров И.Р., 2019). Сокращение количества травматологических пунктов, низкая укомплектованность амбулаторной травматологической помощи населению кадрами снижает ее доступность и качество (Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбратен А.Л. и др., 2011; Норкин И.А., Баратов А.В., Акимова Т.Н. и др., 2014). Снижение социального бремени травматизма, прежде всего, требует повышения эффективности профилактических мероприятий с учетом его распространенности в различных половозрастных и социальных группах (Ильина Е.С., Богова О.Т., Сеницина И.И. и др., 2018; Кажанов И.В., Микитюк С.И., Колчанов Е.А. и др., 2019; Mock C., Joshipura M., Arreola-Risa C. et al., 2012).

В связи с высоким уровнем травматизма, особенно среди городских жителей, медико-экономическими последствиями травм, недостаточной эффективностью оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях и профилактических мероприятий возникает необходимость научного обоснования медико-организационных мероприятий по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи при травмах и снижению травматизма. Исходя из этого, определены цель и задачи исследования.

Степень разработанности темы исследования. Изучение проблем травматизма в основном касается оценки распространенности травм среди населения и смертности от травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин. Что касается организации медицинской помощи, большинство исследований освещают вопросы оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи и оказания медицинской помощи в травмоцентрах разного уровня и чаще при тяжелых дорожно-транспортных происшествиях (Шишкин Е.В., 2019; Кажанов И.В., Микитюк С.И., Колчанов Е.А., Петров А.В., 2019). Среди травм, полученных населением, преимущественную часть составляют бытовые и уличные травмы и при этом требующие неотложной медицинской помощи. Травматологические пункты являются ведущим звеном в

организации неотложной медицинской помощи пациентам, а также в оказании медицинской помощи при дальнейшем лечении и наблюдении за пациентами. В литературных источниках мало работ, касающихся организации первичной медико-санитарной помощи при травмах.

Цель исследования. На основе комплексного медико-социального изучения травматизма среди городского населения обосновать предложения по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи пациентам.

Задачи исследования.

1. Изучить динамику уровня и структуры травматизма среди городского населения.
2. Дать социально-гигиеническую характеристику лиц, получивших травму, и оценить влияние факторов на травматизм.
3. Изучить организацию первичной медико-санитарной помощи при травмах.
4. Оценить удовлетворенность пациентов организацией первичной медико-санитарной помощи при травмах.
5. Разработать предложения по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи при травмах и профилактике травм.

Новизна исследования. На основании изучения травматизма среди городского населения выявлен его рост на 13,5%, обусловленный в основном бытовыми травмами, при которых частыми повреждениями являются поверхностные раны и переломы костей. Среди мужчин уровень травматизм в 1,6 раза выше в сравнении с женщинами. Отмечено, что каждый второй мужчина, получивший травму, находится в возрасте до 40 лет, а каждая третья женщин – в возрасте 60 лет и старше. Причинами получения травм в большинстве случаев являлись падения, нанесение ударов, контакт с режущими и колющими предметами.

Изучением организации первичной медико-санитарной помощи населению при травмах установлено, что 70,0% лиц, получивших травму в течение года, первично обратились в травматологический пункт, при этом каждый шестой пациент обращается на 4-14-е сутки, что приводит к увеличению осложнений и длительности лечения. Установлено, что позднее обращение за медицинской помощью характерно для пациентов, получивших травмы в субботу и воскресенье и в ночное время, что явилось причиной увеличения обращений в понедельник и вторник в 1,3 раза, особенно, в утренние часы.

Анализ оказания неотложной медицинской помощи пациентам с травмами, включающей осуществление диагностических и лечебных мероприятий, показал, что в 12,5% случаев медицинские услуги по диагностике и в 9,3% случаев по лечению выполнены с дефектами.

Оценка удовлетворенности пациентов доступностью медицинской помощи в травматологическом пункте позволила установить, что третья часть пациентов не удовлетворены длительностью ожидания приема врача и выполнения манипуляций, отношением персонала, отсутствием информационного материала по профилактике травм и предупреждению осложнений.

Изучение факторов, влияющих на травматизм показало, что пациенты с травмами достоверно чаще в сравнении с пациентами группы контроля проживают в частном доме, в общежитии и в коммунальной квартире, заняты на рабочих специальностях, лица, имеющие избыточный вес, злоупотребляющие алкоголем, курящие, не использующие профилактические мероприятия, мало информированные о причинах травм, с низкой травмонастороженностью.

Разработаны медико-организационные мероприятия по совершенствованию медицинской помощи и оценены их результаты.

Теоретическая и практическая значимость работы. Полученные данные о динамике уровня и структуры травматизма среди городского населения, а также анализ организации медицинской помощи при травмах в условиях травмпункта позволили обосновать медико-организационные мероприятия, направленные на совершенствование первичной медико-санитарной помощи при травмах, которые направлены: на оптимизацию графика работы врачей с учетом неравномерного обращения пациентов с травмами в течение недели и суток; внедрения электронной записи и инфомата для пациентов, проходящих долечивание в травмпункте; в связи с ростом травматизма увеличение финансирования медицинской помощи в травмпунктах; подготовку информационных материалов для населения и пациентов о причинах травм, необходимости своевременного обращения за медицинской помощью, по профилактике осложнений травм; организацию и проведение в течение года аккордного дня, посвященного проблеме бытового и уличного травматизма.

Реализация медико-организационных мероприятий привела к снижению травматизма, сокращению времени ожидания пациентов приема врача, повышению доли пациентов, информированных о причинах травм, увеличению числа пациентов, удовлетворенных медицинской помощью и повышению объема финансирования медицинской помощи, оказываемой в травмпункте.

Профилактические мероприятия по снижению травматизма следует проводить с учетом пола и возраста, а также среди наиболее подверженных влиянию факторов риска травм. Подготовлено информационно-методическое письмо «Травматизм: организация медицинской помощи, профилактика травм», которое направлено в Республиканский центр медицинской профилактики и в медицинские организации. В работе врачей медицинских организаций используются рекомендации по профилактике травматизма и предупреждению

осложнений травм.

Материалы исследования используются в учебном процессе на кафедрах общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, травматологии и ортопедии с курсом ИДПО при чтении лекций и при проведении практических занятий.

Методология и методы исследования. В работе использован комплекс социально-гигиенических методов исследования: статистический, социологический, экспертной оценки, экспериментальный, хронометражных наблюдений. Разработаны первичные карты выкопировки из медицинских документов и анкеты для пациентов и врачей. Статистическая обработка полученного материала осуществлялась на основе общепринятых статистических методов.

Положения, выносимые на защиту

1. Динамика уровня и структуры травматизма среди городского населения, определяющая проблему охраны здоровья населения.
2. Социально-гигиеническая характеристика травмированных лиц и изучение факторов получения травм позволили разработать мероприятия по профилактике травм.
3. Организация первичной медико-санитарной помощи при травмах требующая ее совершенствования путем улучшения доступности и своевременности оказания медицинской помощи в травматологических пунктах.

Личный вклад автора в получение научных результатов, изложенных в диссертации

Актуальность исследования, цель и задачи, положения, выносимые на защиту, определены автором диссертационной работы самостоятельно. Самостоятельно проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, обозначен объект исследования, обоснован необходимый объем наблюдения, определены этапы исследования, осуществлен сбор материала для исследования путем выкопировки данных из медицинских документов и анкетирования пациентов. Описаны материалы и методы исследования, осуществлено обобщение и дан анализ полученных результатов. Статистическая обработка полученных результатов, научное обоснование и формулировка выводов и практических рекомендаций выполнены автором лично.

Работа выполнена в соответствии с планом НИР ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Научные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение, п. 1. 2. 3.

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты исследования внедрены городской клинической больницей № 21 г. Уфы, поликлиникой № 32 г. Уфы, Республиканским центром медицинской профилактики, применяются в учебном процессе на кафедрах общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО и травматологии с курсом ИДПО.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность научных положений, выводов и практических рекомендаций обеспечена использованием в работе большого массива первичного материала, современных методов исследования и обработки полученных результатов.

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: заседании кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО (Уфа, 2016, 2017, 2018), XVIII Международном конгрессе «Здоровье и образование в XXI веке (Москва, 2016), конкурсе научно-исследовательских работ студентов и аспирантов, проводимом Министерством образования и науки Российской Федерации, «Наука будущего, наука молодых» (Нижний Новгород, 2017), 82-й Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых «Вопросы теоретической и практической медицины» (Уфа, 2017), международной научной интернет - конференции молодых ученых «Актуальные вопросы здоровья молодежи» (Уфа, 2017), в I Всероссийской Школе молодого организатора здравоохранения (Уфа, 2017), на III всероссийской конференции «Актуальные проблемы современной медицинской организации» (Москва, 2017), 83-й Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых «Вопросы теоретической и практической медицины» (Уфа, 2018).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 2 статьи в рецензируемых журналах ВАК, 1 статья в изданиях из базы Scopus.

Уровень внедрения – региональный. Формы внедрения – публикации в научной печати, выступления на научных конференциях, использование результатов исследования в медицинских организациях и в учебном процессе.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы «Материалы и методы исследования», трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложений. Список литературы включает 189 работ, из них 42 работы иностранных авторов. Диссертация изложена на 174 страницах, иллюстрирована 50 таблицами, 8 рисунками, 1 схемой.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении изложены актуальность темы, цель и задачи исследования, определены основные положения, выносимые на защиту, описаны данные об апробации и внедрении результатов исследования.

В первой главе представлены данные анализа ранее опубликованных работ по теме диссертации. Освещены материалы, свидетельствующие о распространенности травм среди населения в отдельных половозрастных группах, виды травм, их частота встречаемости среди населения, смертность населения от травм и других внешних причин. Оценены данные о факторах риска травм, организация медицинской помощи на догоспитальном уровне. В результате анализа и оценки литературных данных обоснована необходимость выбора темы исследования, направленной на решение вопросов совершенствования первичной медико-санитарной помощи при травмах.

Во второй главе дана характеристика населения г. Уфы, базы исследования, определены предмет исследования, объем наблюдения и этапы исследования.

Численность населения г. Уфа на 01.01.2018г. составила 1127300 человек, в том числе лица старше 18 лет – 893302 человека. В г. Уфе функционирует 59 медицинских организаций, в том числе 13 стационаров, 1 станция скорой медицинской помощи, 4 травматологических пункта, 35 травматологических кабинетов в городских поликлиниках и др.

В медицинских организациях города занято 4399 врачей и 8662 средних медицинских работника. В 2018г. обеспеченность врачами составила 40,2 на 10 тыс. жителей, средним медперсоналом – 70,2 на 10 тыс. жителей.

В качестве базы исследования была выбрана больница № 21 г. Уфы, в составе которой функционирует травматологический пункт. Структурно травмпункт имеет кабинеты первичного и повторного приемов больных, перевязочную, прививочный кабинет, операционную, гипсовую, рентген-кабинет. Травматологический пункт обслуживает население с численностью 383 683 человека.

На первом этапе исследования были изучены показатели травматизма за 2010-2015гг. Из отчетной формы № 57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин» получены данные о числе травм среди городского населения, в том числе среди мужчин и женщин, бытовых, уличных и других травмах, видах травм (кровотечения, переломы, растяжения и т.д.). Рассчитаны уровень травматизма на 1000 человек взрослого населения, структура травматизма среди мужчин и женщин, по видам поражения и локализации травм (табл. 1).

**Таблица 1 – Материалы и методы комплексного
медико-социального исследования**

№	Предмет изучения	Материалы исследования	Методы сбора информации и ее объем
Задачи исследования			
1. Изучить динамику уровня и структуры травматизма среди взрослого населения г. Уфы.			
1.	Динамика уровня и структуры травматизма среди городского населения	Форма №57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин» (2010-2015гг.)	Выкопировка 8 форм
2. Дать социально-гигиеническую характеристику лиц, получивших травму, и оценить влияние факторов на травматизм.			
1.	Социально-гигиеническая характеристика пациентов, обратившихся по поводу травм в травмпункт	Анкета	650 пациентов, обратившихся в травмпункт
2.	Влияние факторов на травматизм	Анкета	390 пациентов основной группы и 380 пациентов контрольной группы.
3. Изучить организацию первичной медико-санитарной помощи при травмах.			
1.	Клинико-статистическая оценка обратившихся лиц в травмпункт по поводу травм	Данные РМИАЦ об обращениях травмированных лиц в травматологический пункт	25880 обращений
2.	Организация медицинской помощи при травмах в травмпункте	Форма №4-АР «амбулаторно-травматологическая карточка в травмпункте», и медицинская карта	1575 пациентов

		пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях	
3.	Организация профилактики травм в медицинских организациях	Форма N 70 "Сведения о деятельности центра медицинской профилактики", форма N 038/у-02 "Журнал учета работы ЛПУ по медицинской профилактике».	25 отчетных форм
4.	Хронометраж затрат времени пациента	Карта хронометражного наблюдения	54 измерения
5.	Хронометраж затрат рабочего времени врача	Карта хронометражного наблюдения	15 измерений
4. Изучить удовлетворенность пациентов организацией первичной медико-санитарной помощи при травмах			
1.	Удовлетворенность пациентов доступностью и качеством условий оказания медицинской помощи	Анкета	650 анкет
5. Разработать предложения по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи при травмах и профилактике травм			
1.	Разработка медико-организационных мероприятий и оценка их результатов	Анкета	450 анкет
		Карта хронометражного наблюдения	16 измерений
		Форма №57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин»	3 формы
2.	Разработка памяток, информационных листов для населения и пациентов		

На втором этапе дана социально-гигиеническая характеристика пациентов, получивших травму, и оценены факторы, являющиеся причиной

травм. Анкетированием охвачено 650 человек, получивших травму, что соответствует 95% вероятности достоверности результатов исследования. Анкетирование проводилось в травматологическом пункте, куда обращались пациенты с травмами. Для проведения исследования разработана анкета, которая включала 65 признаков, позволяющих дать характеристику пациентов по демографическим данным, образу жизни, медицинской активности, оценку мнения о доступности оказания медицинской помощи. Для оценки факторов риска получения травм, применения пациентами профилактических мер и уровня травмоопасности в исследование включены 390 пациентов с травмами и 380 пациентов, обратившихся в поликлинику больницы № 21 г. Уфы по поводу профилактических осмотров. Основная и контрольная группы были сопоставимы по полу, возрасту, условиям оказания медицинской помощи. Пациенты обеих групп прикреплены для медицинского обслуживания к поликлинике больницы № 21 г. Уфы.

На третьем этапе характеристика пациентов, обратившихся в травматологический пункт в течение года, дана по данным обработки и анализа 25880 случаев обращений для оказания медицинской помощи. Определено распределение обратившихся по полу и возрасту, дана структура травм по видам повреждений и локализации травм в отдельных возрастных группах, а также среди мужчин и женщин. Анализирована динамика обращений по месяцам года, дням недели и времени суток. Исследованы время обращения пациентов с момента получения травмы и причины позднего обращения. При различных локализациях травм определены длительность лечения в условиях травматологического пункта и среднее число обращений при каждом виде травм. Также оценена длительность временной нетрудоспособности в зависимости от локализации травм.

На четвертом этапе исследования объем и виды лечебно-диагностических услуг при оказании неотложной медицинской помощи и медицинской помощи при долечивании пациентов проведены путем механического отбора 1575 случаев обращений пациентов по профилю "травматология". Проведена выкопировка из форм №4-АР «Амбулаторно-травматологическая карточка в травмпункте» и «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Проанализированы сроки оказания медицинской помощи, объем и виды обследований, манипуляций, исходы лечения. Проведено хронометражное наблюдение 54 пациентов, получавших лечение в травматологическом пункте и 3-х врачей (всего 15 наблюдений). Удовлетворенность пациентов организацией медицинской помощи изучена путем анкетирования тех же 650 пациентов.

На пятом этапе исследования изучена организация профилактических мероприятий, проводимых медицинскими работниками. Для этого анализированы отчетные материалы Республиканского центра медицинской профилактики и врачей-специалистов поликлиник г.Уфы о выполнении санитарно-просветительской работы среди населения и пациентов.

На шестом этапе исследования на основе полученных результатов разработаны предложения по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи при травмах. После реализации мероприятий проведены оценка динамики травматизма за 2015-2018гг., хронометражные наблюдения с целью изучения затрат времени пациента, анкетирование пациентов по изучению информированности о причинах травм и травмонастороженности пациентов (в обработку вошли 450 анкет).

Таким образом, многоэтапное исследование медико-социальных аспектов травматизма позволило выявить динамику уровня и структуры травматизма по полу, возрасту, по месту получения травм, локализации травм и характеру повреждений при травмах, получить социально-гигиеническую характеристику лиц, получивших травму, оценить влияние факторов на травматизм. Изучена организация медицинской помощи при травмах в травматологическом пункте, уровень знаний травмированных лиц о профилактике травм и травмонастороженности.

В третьей главе представлены результаты анализа травматизма среди городского населения. Анализ показал, что в 2010г. уровень травматизма составил 128,0 на 1000 взрослого населения, в 2015 г. – 145,3 на 1000 взрослого населения (рост на 13,5%). В динамике значительно возрос бытовой травматизм – с 82,6 до 102,4 на 1000 взрослого населения (на 24,0%), напротив, уличный травматизм снизился с 34,9 до 30,4 на 1000 взрослого населения (на 13,0%).

Уровень травматизма среди мужчин был выше, чем среди женщин в разные годы в 1,5-1,6 раза. Первое место в структуре травматизма по его видам занимал бытовой травматизм, причем доля бытовых травм в динамике возросла с 64,5% в 2010г. до 70,5% в 2015г., второе место занял уличный травматизм. Его доля в динамике снизилась с 27,3% до 20,9%. На третьем месте в структуре травматизма были травмы, связанные с производством, причем доля его возросла за 2010-2015гг. с 2,7% до 3,5%. На четвертом месте оказался транспортный травматизм (1,3%), на пятом – спортивный травматизм (0,3%-0,5%).

Распределение травмированных лиц по данным обращений в травматологический пункт по возрасту показало, что среди них в возрастной группе 20-29 лет было 18,6%, в 30-39 лет 24,1%, 40-49 лет 15,4%, в 50-59 лет 17,4%, в возрасте старше 60 лет и старше 24,1%, 0,4% были в возрасте 18-19 лет.

Среди мужчин большую часть составила возрастная группа 30-39 лет (29,6%), среди женщин – 60 лет и старше (32,6%).

В структуре повреждений вследствие травм лидирующую позицию заняли поверхностные травмы (36,1% от всех случаев травм), переломы костей (33,4%), вывихи, растяжения и перенапряжения капсульно-связочного аппарата суставов, травмы мышц и сухожилий (20,0%), открытые раны (10,6%). С возрастом увеличивалась доля переломов (с 24,2% в возрастной группе до 40 лет до 44,4% в возрастной группе 60 лет и старше). Среди женщин в возрастной группе 60 лет и старше почти половина обратившихся в травматологический пункт была с переломами.

В структуре травм по локализации у лиц обоего пола 25,7% составили травмы области голеностопного сустава и стопы, 19,8% – запястья и кисти, 16,0% – колена и голени, 11,8% – локтя и предплечья, 11,2% – грудной клетки. На указанные виды травм пришлось 84,5% всех локализаций. В возрастных группах до 50 лет превалировала доля повреждений области голеностопного сустава и стопы, запястья и кисти, в последующих возрастных группах увеличивалась доля повреждений области локтя и предплечья, грудной клетки, плечевого пояса и плеча.

Таким образом, особенности уровня и структуры травматизма по половозрастным группам определяют необходимость проведения дифференцированных профилактических мероприятий с учетом возраста и пола травмированных лиц.

В четвертой главе дана социально-гигиеническая характеристика травмированных лиц и оценено влияние различных факторов на травматизм. Средний возраст их составил $49,7 \pm 1,5$ года, у мужчин статистически значимо ниже, чем у женщин ($46,8 \pm 1,7$ и $52,4 \pm 1,7$ года; $p < 0,05$). Почти третья часть травмированных лиц имела высшее образование (31,5%), 39,9% – среднее профессиональное образование, 24,3% – среднее общее образование, 4,3% обучались в средних специальных и высших учебных заведениях. Среди опрошенных 55,8% состояли в зарегистрированном браке, 7,7% жили гражданским браком, 18,1% не состояли в браке, 11,1% – вдовы, 7,3% – разведенные. Среди мужчин больше состоящих в браке (58,9%), среди женщин больше вдовых (15,6%).

Было установлено, что каждый второй работает (55,0%), причем среди них на рабочих специальностях были заняты 55,6% респондентов, служащих – 44,4%. Каждый четвертый опрошенный был пенсионером (25,8%), из них каждый пятый работал (20,4%). К безработным отнесли себя 9,5% респондентов, учащихся было 8,8%, инвалидов – 0,9%. Больше половины опрошенных были с низким доходом (ниже прожиточного минимума).

Из числа работающих респондентов 15,5% работали по графику в ночную смену, в том числе 23,7% несколько раз в неделю. Среди всех травмированных чуть меньше половины (42,2%) добиралась на общественном транспорте, четвертая часть (25,7%) – на личном транспорте, пятая часть (21,2%) на работу добираются пешком.

К поведенческим факторам риска травматизма относятся курение, злоупотребление алкоголем. Наши исследования показали, что из числа опрошенных часто курят 43,3%, причем среди мужчин таковых было 58,4%, среди женщин 28,1%. Употребляют алкоголь часто (2-3 раза в неделю) 67,4% опрошенных, среди мужчин лиц, употребляющих алкоголь часто, оказалось 77,2%, среди женщин – 39,5%, причем каждый 10-й употреблял алкоголь ежедневно.

Более половины опрошенных лиц получили травму в быту. Это, прежде всего, связано с отсутствием у них настороженности по поводу травм (72,0 на 100 опрошенных), спешка при выполнении работы (53,0 на 100 опрошенных). Большинство ответов свидетельствовали о том, что причиной травм часто являются плохие дороги и тротуары (78,3%), невыполнение мер предосторожности, низкая информированность о причинах травм (61,2 на 100 опрошенных), плохие условия работы (52,8 на 100 опрошенных), частое потребление алкоголя (52,1 на 100 опрошенных).

В ответах четвертой части опрошенных указано, что травма произошла в темное время суток. Из 100 человек 29,0 получили травму в результате падения, 22,5 из 100 человек – в результате ранения колюще-режущими инструментами, 12,5 из 100 человек – драки, 6,8 из 100 человек – укуса животными, 3,8 из 100 человек – дорожно-транспортных происшествий и т.д. Среди мужчин повреждения получены в результате драки (23,9 из 100 человек) и контакта с режущими и колющими предметами (38,4 из 100 человек), среди женщин в результате падения – 52,7 на 100 человек и контакта с режущими и колющими предметами – 16,4 на 100 человек.

Информированность населения о причинах травм и травматологическая настороженность оказались низкими. При этом потребляющими алкоголь часто, курящими, имеющими более низкий уровень образования, проживающими в неудовлетворительных жилищных условиях дана низкая оценка своим знаниям о причинах травм.

Для выявления факторов травм дана оценка значимости различий в распространенности факторов риска среди лиц основной и контрольной групп. Среди травмированных лиц достоверно чаще в сравнении с группой контроля были проживающие в частном доме ($20,7 \pm 2,0$ и $12,3 \pm 1,6$ на 100 опрошенных, $p < 0,01$), общежитии ($9,9 \pm 1,1$ и $5,7 \pm 1,2$, на 100 опрошенных, $p < 0,05$), в

коммунальной квартире ($7,8 \pm 1,3$ и $2,5 \pm 0,7$ на 100 опрошенных, $p < 0,01$), занятые на рабочих специальностях ($55,6 \pm 2,5$ и $35,8 \pm 2,4$ из 100 опрошенных, $p < 0,01$), безработные ($9,5 \pm 1,4$ и $5,3 \pm 0,6$ на 100 опрошенных, $p < 0,05$), имеющие избыточный вес $38,5 \pm 2,3$ и $23,4 \pm 2,1$ на 100 опрошенных, $p < 0,001$), злоупотребляющие алкоголем $10,9 \pm 1,1$ и $4,8 \pm 0,7$ на 100 опрошенных, $p < 0,01$), курящие ($65,3 \pm 2,2$ и $43,8 \pm 2,5$ на 100 опрошенных, $p < 0,001$). Напротив, среди травмированных лиц было меньше занимающихся профилактикой заболеваний костно-мышечной системы ($7,8 \pm 1,3$ и $15,4 \pm 1,8$, на 100 опрошенных, $p < 0,01$).

В пятой главе представлены результаты изучения организации первичной медико-санитарной помощи при травмах в условиях травматологического пункта и удовлетворенности пациентов доступностью и качеством условий оказания медицинской помощи.

В г. Уфе неотложная медицинская помощь оказывается в 4-х травмпунктах и в приемных отделениях больниц. Базой исследования явился травмпункт в составе Больницы № 21 г. Уфы.

Нами проанализирована организация медицинской помощи пациентам, обратившимся в травматологический пункт. Среди пациентов, обратившихся в травмпункт в течение года, 65,4% обратились первично за неотложной медицинской помощью. Остальные пациенты обратились для долечивания повреждений.

Динамика обращений по поводу травм в медицинские организации имеет значение при планировании объема медицинской помощи, при разработке мероприятий по профилактике травматизма. Анализ показал, что значительный подъем обращений по поводу травм отмечается в феврале, марте и далее в июне, июле и августе. Такая динамика травматизма характерна как для мужчин, так и для женщин. Кроме того среди женщин увеличение числа травмированных лиц более выражено в июле и сентябре, а среди мужчин – в августе.

Изучение динамики травматизма по дням недели выявило, что значительно больше обращений в травмпункт в понедельник (18,2% от числа пациентов) и вторник (14,8%), меньше всего в субботу (13,0%). Анализ показал, что пятая часть (21,2%) обратившихся в травматологический пункт по поводу травм повреждения получили в воскресенье, 17,0% – в субботу, по 13,5% травм пришлось на четверг и пятницу. Меньше всего травм получено в понедельник. При этом из числа обратившихся лиц в понедельник 26,4% получили травму в субботу, 31,2% в воскресенье. Среди лиц, обратившихся во вторник, у 15,2% травма получена в субботу, у 16,8% – в воскресенье и т.д.

Структура обращений пациентов в течение суток выглядела следующим образом: 11,4% посещений пришлось на утренние часы – с 06 до 10.00 часов,

40,8% – с 10.00 до 14.00 часов, 24,0% – с 14.00 до 18.00 часов, 17,9% – с 18.00 до 22.00 часов (табл. 2).

В ночное время число обращений минимально: с 22.00 до 02.00 часов – 5,0% и с 02.00 до 06.00 часов – 1,0%.

Установлено, что в понедельник и вторник обращений в утренние часы было больше, чем в другие дни недели. Например, в понедельник с 06.00 часов до 10.00 часов обратилось 16,9% из числа обратившихся в течение суток, во вторник этот показатель составил 15,8%, в среду 13,2%, четверг 12,0%, в пятницу 9,0%. Наименьшее число обращений утром было в воскресенье – 4,9% от обращений в течение суток. Неравномерный поток пациентов увеличивает сроки ожидания приема врачей, рентген обследования, выполнения манипуляций.

Таблица 2 – Структура обращений пациентов в травматологический пункт в течение суток в зависимости от дня недели, %

Время суток	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье	Итого
06.00–07.59	4,8	4,3	4,2	4,9	3,5	4,5	4,3	4,4
08.00–09.59	12,1	10,8	9,0	7,1	5,5	4,7	4,6	7,0
10.00–13.59	41,7	40,4	38,9	42,4	37,5	42,5	43,9	40,8
14.00–17.59	23,5	25,1	24,5	23,6	21,8	24,5	24,2	24,0
18.00–21.59	13,4	14,5	17,4	16,2	22,4	17,0	18,1	17,9
22.00–05.59	4,5	4,9	6,0	5,8	9,3	6,8	4,9	6,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Установлено также, что в течение первых суток после получения травмы обратилось 50,9% пациентов, на 2-3-и сутки – 32,8%. Однако 16,3% обратились на 4-14-е сутки после получения травмы (табл. 3).

Причинами несвоевременного обращения пациентов в травматологический пункт явились низкая забота о своем здоровье – 42,0%. Третья часть пациентов занималась самолечением – 31,3%, 13,3% – отметили, что скорая помощь отказала в вызове из-за не экстренности медицинской помощи и были трудности в доставке в травматологический пункт. Прочие причины составляли 13,4%.

Длительность лечения травмированных лиц зависела от своевременности обращения. У обратившихся лиц в течение 3-х суток средняя длительность лечения была меньше, чем у обратившихся лиц в более поздние сроки. В целом при всех локализациях травм разница в продолжительности лечения составила 3,1 дня (соответственно 4,4 и 7,5 дня). Установлено также, что позднее обращение пациентов привело к увеличению осложненного течения травмы. Анализ исходов лечения показал, что среди обратившихся в первые 3-е суток осложнения отмечались у 13,4%, среди обратившихся позже – у 18,5%. В целом осложненное течение заболевания отмечалось у 15,4% пациентов.

Таблица 3 – Распределение травмированных лиц по срокам обращения после получения травмы в зависимости от вида повреждений, %

Время обращения, сутки	Вид повреждений					
	перелом	рана	ушиб	повреждения связок	вывих	все виды
1-е	53,2	71,4	41,9	40,7	72,5	50,9
2-е	24,2	16,7	29,0	28,2	9,9	22,1
3-е	9,8	7,1	11,4	19,9	5,4	10,7
4-е	3,0	2,4	4,0	5,6	5,7	5,6
5-е	1,7	2,4	3,7	2,1	5,8	4,3
6-е	1,7	-	1,1	-	0,7	0,8
7-е	1,3	-	0,1	3,5	-	0,6
8-14-е	5,1	-	8,8	-	-	5,0
Всего...	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Из числа обратившихся лиц в травматологический пункт в течение года 12,7% пациентам был выписан листок нетрудоспособности. При лечении пациентов с выдачей листка нетрудоспособности средняя длительность лечения была значительно выше, составив 28,9 дня, и колебалась от 11,5 дня при травмах головы до 32,8 дня при травмах локтя и предплечья.

Изучение объема и видов лечебно-диагностических мероприятий показало, что на 100 обратившихся в травматологический пункт выполнено 85,0 рентген обследований, 15,4 анализа крови, 8,0 МРТ, 9,5 – КТ, 5,7 – консультаций врачей-специалистов. Анализ показал, что в структуре видов неотложной медицинской помощи 38,4% составили обработка раны и перевязки, 26,7% – гипсование, 22,8% – иммобилизация и наложение тугей повязки, 15,7% – ручная репозиция отломков и пр. Кроме того, 27,8% пациентов прошли вакцинацию, 35,0% – рентгенографию, 28,0% – консультацию других специалистов, 24,6% –

физиотерапевтические процедуры. Установлено, 35,0% прошли повторное рентген обследование, 27,0% повторное гипсование или наложение лонгета, 15,7% лабораторное исследование, 55,0% обработку ран и перевязки. В то же время 12,5% медицинских услуг по обследованию и 9,3% по лечению были выполнены с дефектами. Установлено, что 15,6% пациентов не прошли повторное рентген обследование из-за отсутствия рентгеновских пленок, 18,2% пациентам не выполнены лабораторные исследования, 12,7% – вакцинация, 14,9% пациентам с вывихами не установлена лонгета и др. Дефекты в оказании медицинской помощи обусловлены недофинансированием объемов медицинской помощи.

Изучение организации профилактики травм Республиканским центром медицинской профилактики и врачами-травматологами-ортопедами поликлиник показало, что в отчетах за три последних года не отражены мероприятия по профилактике травм. Лишь в 2016 г. Республиканским центром медицинской профилактики были изданы буклеты по оказанию первой помощи при травмах и лишь в 3-х поликлиниках были оформлены санитарные бюллетени по профилактике ожоговой травмы среди населения.

Путем анкетирования пациентов оценена удовлетворенность их доступностью медицинской помощи. Результаты свидетельствуют, что 32,4 на 100 опрошенных пациентов не удовлетворены организацией медицинской помощи, оказанной в травматологическом пункте. Причинами 43,4 на 100 опрошенных пациентов назвали длительное ожидание приема врача, в том числе и повторного приема после прохождения рентген обследования и других исследований (25,7 на 100 опрошенных). Долгим ожиданием рентген обследования не удовлетворен каждый четвертый пациент (26,8 на 100 опрошенных), и каждый пятый ожиданием выполнения манипуляций (18,5 на 100 опрошенных). Часть пациентов отметила невнимательное и грубое отношение персонала к ним (21,6 на 100 опрошенных). При том, что на повторный прием врач-травматолог-ортопед назначает время, 45,7 на 100 пациентов, обратившихся с целью долечивания, отметили несовпадение времени записи на прием и времени приема врача. Половина пациентов (57,4 на 100 опрошенных) отметили недостаточное время, уделенное врачом на беседу с пациентом, на информирование их о последствиях полученной травмы, по предупреждению осложнений, о профилактике травм и заболеваний костно-мышечной системы. Всего на одного пациента пришлось $2,39 \pm 0,32$ причины неудовлетворенности предоставляемой медицинской помощью.

Экономический анализ деятельности травматологического пункта показал, что при плане 24000 посещений фактически выполнено 25880 посещений (перевыполнение на 7,8%). В 2017 году на оказание медицинской помощи

потрачено 22 281 761,23 руб. Однако из Фонда обязательного медицинского страхования было оплачено только 13 864 938,32 руб. Недофинансирование составило 8 416 822,91 руб. (37,7%).

Для совершенствования первичной медико-санитарной помощи обоснованы предложения по двум направлениям: повышение доступности медицинской помощи и профилактика травм. Предложения повышению доступности и своевременности оказания медицинской помощи направлены на снижение затрат времени пациента на ожидание получения медицинской помощи и на обеспечение удобства записи на прием. Было предложено и реализовано изменение графика приема врачей с учетом потока пациентов. На первичный прием пациентов в утренние часы и в начале недели выделен дополнительный кабинет врача-травматолога. Для распределения потока пациентов определен ответственный регистратор. Кроме того, организована для повторных пациентов электронная запись на прием к врачу и запись через инфомат. Система медико-организационных мер по профилактике травм включает в себя разработку для центров медицинской профилактики информационных материалов по профилактике бытового и уличного травматизма. Они использованы для создания буклетов и памяток для населения и включают в себя информирование населения о причинах травм, о необходимости своевременного обращения за медицинской помощью, организацию в течение года аккордного дня, посвященного профилактике травматизма.

Выполненные мероприятия позволили снизить травматизм среди населения. Анализ показал, что в 2016 г. травматизм среди всего взрослого населения составил 144,8 случая на 1000 взрослого населения, в 2017 г. 143,5 и в 2018 г. – 140,4 случая на 1000 взрослого населения. По отношению к уровню 2015 г. травматизм снизился на 3,5%. Хронометражные наблюдения показали, что снизилось время ожидания первичного приема врача и приема пациента, проходящего долечивание, а также время ожидания обследований. Так, до изменения графика приема врачей, внедрения электронной записи на прием к врачу время ожидания приема врача при первичном обращении пациента составила 19,2 мин., ожидания при повторном обращении на долечивание – 28,5 мин. После реализации предложенных мероприятий время ожидания приема врачей составило соответственно 10,2 мин. и 15,7 мин. Количество пациентов, удовлетворенных организацией медицинской помощи, достигло 85,6%, информированных о причинах травм – до 68,5%. В связи с ростом травматизма был увеличен объем медицинской помощи и его финансирование на 25,9%. Так, в 2018 г. по сравнению с 2017 г. увеличился объем выполненных посещений до 33500 тыс., финансирование возросло до 29 294 тыс. руб.

В заключении обобщаются основные результаты исследования, подводятся его итоги, которые свидетельствуют о решении поставленных задач.

ВЫВОДЫ

1. Уровень травматизма за период наблюдения вырос со 128,0 до 145,3 случая на 1000 взрослого населения, среди мужчин – со 156,0 до 178,1 случая на 1000 взрослого населения, среди женщин – со 106,1 до 112,5 случая на 1000 взрослого населения. В структуре травматизма первые ранговые места в динамике за период наблюдения не изменились и представлены бытовыми, уличными и производственными травмами. Отмечено достоверное увеличение уровня бытового травматизма на 24,0%. В целом среди пациентов с травмами, обратившихся в травматологический пункт, 43,1% были в возрасте до 40 лет, 32,8% – до 60 лет, 24,1% – в возрасте 60 лет и старше, при этом среди мужчин пятую часть составила возрастная группа до 40 лет (52,5%), среди женщин – возрастная группа 60 лет и старше (32,6%). Наиболее характерными повреждениями были поверхностные травмы (36,1%), переломы (32,6%), вывихи, растяжения капсульно-связочного аппарата суставов (20,0%), открытые раны, травмы кровеносных сосудов (10,6%). С возрастом увеличивалась доля переломов (24,2% в возрастной группе до 40 лет, 44,4% в возрастной группе 60 лет и старше более выраженная у женщин – 49,8%).

2. Социально-гигиеническая характеристика пациентов с травмами показала, что большая часть из них имели среднее профессиональное образование и среднее общее образование (58,0%), состояли в зарегистрированном браке (55,8%), заняты постоянной работой (55,0%), каждый четвертый являлся пенсионером (25,8%), в том числе каждый пятый из них работал. Анализ места получения травмы выявил, что 35,1% пациентов получили травму в результате падения дома или на улице, 28,4% – вследствие нанесения ударов, 16,4% – в результате контакта с режущими и колющими предметами, 5,8% – при дорожно-транспортном происшествии. Среди травмированных лиц достоверно чаще ($p < 0,01$) в сравнении с пациентами аналогичного возраста и пола, но без травм, проживали в частном доме (20,7% против 12,3%), в общежитии (9,9% против 5,7%) и в коммунальной квартире (7,8% против 2,5%), были заняты на рабочих специальностях (55,6% против 35,8%), безработными (9,5% против 5,3%), с избыточным весом (38,5% против 23,4%), злоупотребляющие алкоголем (10,9% против 4,8%), курящие (65,3% против 43,8%), не использующие профилактические мероприятия (65,4% против 46,0%), с низкой травматологической настороженностью (67,8% против 56,2%).

3. Установлено, что в течение суток в травматологический пункт обращается $97,3 \pm 9,5$ пациента, из них две трети (65,3%) – это первичные обращения за неотложной медицинской помощью, одна треть обращений

связана с долечиванием. Отмечено, что 16,3% пациентов обратились лишь на 4-14-е дни после получения травмы. Несвоевременное обращение за медицинской помощью привело к увеличению ($p < 0,01$) осложнений (нагноение раны, смещение отломков, расхождение швов и др.) – 18,5%, против 13,4% у обратившихся в течение первых 3-х суток с момента получения травмы, удлинению средней длительности лечения на 3,1 дня (соответственно $7,5 \pm 1,2$ и $4,4 \pm 0,07$ дня). Позднее обращение за медицинской помощью характерно для пациентов, получивших травмы в субботу и воскресенье, а также в ночное время. Это способствует увеличению обращений в понедельник и вторник на 31,9% в сравнении с другими рабочими днями недели, а также в утренние часы на 39,0% (с 6 до 10 часов) в сравнении с другими часами приема.

4. Изучение объема и видов лечебно-диагностических услуг показало, что на 100 обратившихся в травматологический пункт по поводу переломов, вывихов, растяжений капсульно-связочного аппарата суставов выполнено в среднем 85,0 рентгенограмм, 15,4 анализа крови, при травмах внутренних органов и головы – 8,0 консультаций врачей-специалистов (нейрохирурга, офтальмолога, хирурга). В структуре видов неотложной медицинской помощи 38,4% составили обработка раны и перевязки, 26,7% – гипсование, 22,8% – иммобилизация и наложение тугой повязки, 15,7% – ручная репозиция отломков и прочие. Профилактическую иммунопрофилактику прошла около 75,0% пациентов с поверхностной травмой и открытой раной. Установлено, что шестая часть пациентов с поверхностной травмой и с переломами не прошли повторное рентген обследование, седьмая часть с открытой раной и с поверхностной травмой не получили иммунопрофилактику, 14,9% пациентам с вывихами не установлена лонгета и др. Выявлено, что в центрах медицинской профилактики отсутствуют печатные материалы по предупреждению возникновения бытового и уличного травматизма, у врачей-травматологов-ортопедов – памяток для пациентов по профилактике осложнений при травмах.

5. Выявлено, что третья часть пациентов не удовлетворены организацией медицинской помощи в травматологическом пункте, в том числе длительностью ожидания приема врача и рентген обследования, наличием очереди на повторный прием к врачу, отношением персонала, у обратившихся с целью долечивания – несовпадением времени записи на прием и времени приема врача.

Выявлено, что половина опрошенных пациентов считают, что врачи мало времени уделяют беседам с пациентами, недостаточно информируют их о проводимых лечебных мероприятиях, о правилах выполнения на дому назначенных лечебных процедур, о мерах ухода при имеющейся травме, о возможных осложнениях при травмах, о мерах их предупреждения. В среднем на

одного пациента приходится от 2-х до 3-х причин неудовлетворенности предоставляемой медицинской помощью.

6. На основании полученных результатов разработаны медико-организационные мероприятия по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи пациентам с травмами, включающие: увеличение объема финансирования первичной медико-санитарной помощи в травматологических пунктах; оптимизацию графика работы врачей с учетом неравномерного обращения пациентов с травмами в течение недели и суток; направление пациентов, наблюдающихся в травмпункте на долечивание к врачам, используя электронную систему записи и инфомат, что позволяет равномерно распределять пациентов; подготовку информационных материалов для пациентов о причинах травм, о необходимости своевременного обращения за медицинской помощью, по профилактике осложнений травм; организацию и проведение в течение года аккордного дня, посвященного проблемам бытового и уличного травматизма.

7. Внедрение медико-организационных мероприятий позволило снизить травматизм среди населения за 2015-2018гг. на 3,5%, сокращения времени ожидания пациентов первичного приема врача в 2,5 раза, повторного приема – в 2 раза. Доля пациентов, информированных о причинах травм, возросла на 51,0%, удовлетворенных организацией медицинской помощи – на 25,0%, увеличить объем финансирования травмпункта на 25,9%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для достижения доступности и своевременности оказания медицинской помощи руководству травмпункта при составлении графика первичного и повторного приема врачей целесообразно учитывать динамику обращений в травматологический пункт по дням недели и времени суток.
2. Для обеспечения равномерного потока пациентов следует применять электронную запись пациентов на прием к врачу травмпункта, что позволяет повысить удовлетворенность медицинской помощью лиц, обращающихся в травматологический пункт.
3. Профилактику травматизма среди населения следует проводить с учетом пола, возраста, имеющихся факторов риска среди населения. Для привлечения внимания населения к проблемам бытового и уличного травматизма рекомендуется организовать аккордный день, посвятив один день года профилактике травм.
4. Для повышения своевременности обращения пациентов за медицинской помощью и для снижения осложнений повреждений следует использовать памятки, информационные листы, санбюллетени.
5. Финансирование медицинской помощи в травмпунктах следует проводить с учетом динамики травматизма среди населения.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Шарафутдинова, Н.Х. Уровень и структура травматизма среди жителей г. Уфы / Н.Х.Шарафутдинова, Р.Р.Даутов, М.В.Борисова, М.Ю.Павлова, Э.Ф.Киреева // **Медицинский вестник Башкортостана.** – 2017. – Т. 12, № 1 (67). – С. 71-74.
2. Даутов, Р.Р. Возрастные и гендерные особенности структуры травматизма / Р.Р.Даутов, А.Б.Латыпов // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2017. – № 2, Ч. 2. – С. 1437-1441.
3. Латыпов, А.Б. Анализ обращаемости городского населения в травматологические пункты / А.Б.Латыпов, Р.Р.Даутов, И.Р.Валиев, Н.Х.Шарафутдинова // **Международный научно-исследовательский журнал.** – 2017. – № 6-2 (60). – С. 61-64.
4. Даутов, Р.Р. Некоторые аспекты травматизма среди жителей г.Уфы. / Р.Р.Даутов // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2017. – № 3. – С. 30-31.
5. Шарафутдинова, Н.Х. Организация скорой медицинской помощи пациентам с травмами / Н.Х.Шарафутдинова, Р.Р.Даутов, А.Б.Латыпов, М.А.Шарафутдинов, И.Р.Валиев, Р.М.Халфин // **Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко.** – 2017. – № 6. – С. 87-91.
6. Шарафутдинов, М.А. Показатели временной нетрудоспособности при травмах / М.А.Шарафутдинов, А.Б.Латыпов, Р.Р.Даутов // **Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке».** – 2017. – № 12 (19). – С. 137-141.
7. Даутов, Р.Р. Характеристика пациентов, получивших первичную медико-санитарную помощь при травмах / Р.Р.Даутов, А.Б.Латыпов, Н.Х.Шарафутдинова, А.Ш.Галикеева // **Медицина и организация здравоохранения.** – 2018. – № 2 (3). – С. 26-30.
8. Даутов, Р.Р. Медико–социальная характеристика больных с травмами / Р.Р.Даутов // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2018. – № 3. – С. 1213-1217.
9. Даутов, Р.Р. Некоторые аспекты информированности населения о причинах травм и их профилактики / Р.Р.Даутов // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2019. – № 1. – С. 1284-1289.
10. Борисова, М.В. Динамика смертности населения города Уфа от травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин / М.В.Борисова, Р.Р. Даутов, Р.М.Халфин, А.Ш.Галикеева // **Проблемы городского здравоохранения.** – 2018. – № 23. – С. 58-62.
11. Шарафутдинова, Н.Х. Характеристика условий и образа жизни пациентов травматологического профиля по данным городской поликлиники / Н.Х.Шарафутдинова, А.Б.Латыпов, Р.Р.Даутов, И.Р.Валиев, М.А.Шарафутдинов, М.Ю.Павлова // **Проблемы городского здравоохранения.** – 2018. – № 23. – С. 89-93.
12. Шарафутдинова, Н.Х. Организация работы травматологического пункта городской клинической больницы: структура обращений пациентов по поводу травм / Н.Х.Шарафутдинова, А.Б.Латыпов, Р.Р.Даутов, М.А.Шарафутдинов // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.** – 2019. — № 1 (27). – С. 54-58.