

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

На правах рукописи

ДАУТОВ РУСТАМ РИНАТОВИЧ

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

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Шарафутдинова Назира Хамзиновна

Уфа – 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	ВВЕДЕНИЕ	3
2.	ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТИЗМА. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ И ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМ	11
3.	1.1. Медико-социальные аспекты травматизма на современном этапе	11
4.	1.2. Травматизм и факторы, обуславливающие травмы	19
5.	1.3. Организация первичной медико-санитарной помощи при травмах	25
6.	1.4. Медико-организационные мероприятия, направленные на совершенствование медицинской помощи при травмах	30
7.	1.5 Организация профилактических мер по снижению травматизма	32
8.	ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	37
9.	ГЛАВА 3. ДИНАМИКА УРОВНЯ И СТРУКТУРЫ ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ г. УФА	46
10.	3.1. Уровень и структура травматизма среди взрослого населения г. Уфа за 2010-2015гг.	46
11.	3.2. Характеристика травмированных лиц, обратившихся в травматологический пункт	55
12.	ГЛАВА 4. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧИВШИХ ТРАВМЫ	63
13.	ГЛАВА 5. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Г. УФА ПРИ ТРАВМАХ	81
14.	5.1. Организация первичной медико-санитарной помощи при травмах в травматологическом пункте	81
15.	5.2. Удовлетворенность пациентов организацией медицинской помощи	104
16.	5.3. Организация профилактических мер при травмах	106
17.	5.4 Мероприятия по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи при травмах и профилактика травм	110
18.	Заключение	121
19.	Выводы	130
20.	Практические рекомендации	134
21.	Список литературы	135
22.	Приложение	156

ВВЕДЕНИЕ

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., Галиулина О.В., 2008; Королев В.М., Кораблев В.Н., 2012; Полунина Н.В., 2012; Завьялов А.М., Гольщева 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 многими причинами, 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.,

Синицина 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. и др., 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 с травмами.

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 травмы 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 травматологического пункта 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 травматологическом пункте; в связи с ростом травматизма увеличение финансирования медицинской помощи в травматологических пунктах; 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 травматологическом пункте.

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. 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 позволяет 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. Уфа, поликлиникой № 32 г. Уфа, 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 и 84-й Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых «Вопросы теоретической и практической медицины» (Уфа, 2018; 2019).

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.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТИЗМА, ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ И ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМ

1.1. Медико-социальные аспекты травматизма на современном этапе

В наше время травмы распространены повсеместно и представляют довольно серьезную медико-социальную проблему (Королев В.М., Кораблев В.Н., 2012; Миронов С.П., Еськин Н.А., Андреева Т.М., 2012; Тюрин А.С., Гридчик И.Е., Шипков Н.Н. и др., 2012; Ерукова Ю.О., Аксенов В.А., 2018; Дягилев А.В., Галочкин А.В., 2019). По данным Всемирной организации здравоохранения высокий уровень заболеваемости и смертности после получения травм, преобладает среди лиц молодого, трудоспособного возраста. Высокая медико-социальная значимость травматизма определяется несколькими факторами: высоким уровнем смертности и инвалидности, широкой распространенностью, длительными сроками временной нетрудоспособностью и госпитализации, значительными прямыми и косвенными (вследствие утраты трудового потенциала общества) экономическими потерями (Хетагурова А.К., Галиулина О.В., 2008; Баранов, О.П., 2011; Королев В.М., Кораблев В.Н., 2012; Обухова Е.В., 2013; Ластовецкий А.Г., Лебедев М.В., Склярова О.В. и др., 2014; Laflamme L., Diderichsen F., 2000).

Исследования последних лет, проведенные в Российской Федерации, свидетельствуют об увеличении количества травм, особенно в крупных промышленных городах. В структуре зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин занимают 11%, находясь на втором месте после заболеваний органов дыхания. Каждый год количество травм и отравлений составляет от 12 млн. до 15 млн. (Агаджанян В.В., 2011; Braun T.H., Muller M.J., 2004).

Ретроспективный эпидемиологический анализ, проведенный В.И. Кувакиным и соавт. (2013) с охватом периода с 1976 по 2007 годы позволил оценить уровень травматизма в Российской Федерации. Так, в 1981 году наблюдался пик травматизма – 92,5 случаев на 1 тыс. населения. Последовавшие за этим профилактические мероприятия, проводившиеся на государственном уровне, позволили снизить показатели инвалидности и смерти от внешних причин на 19% и 37% соответственно уже в 1986 году (в сравнении с 1984 годом). Автор отметил, что показатели травматизма в условиях современной России в значительной степени отражают экономическую ситуацию в стране.

По мнению Э.Р. Ханбиковой и Т.М. Богдановой (2018) среди взрослого населения Российской Федерации в структуре травматизма подавляющее большинство травм и других повреждений и мужчины, и женщины получают в быту. В исследовании Г.Н. Голухова и И.А. Редько (2007) 69,9% составили бытовые травмы в структуре повреждений. На долю уличных травм приходится 19,6% в структуре травматизма. Травмы, связанные с производственной деятельностью, занимающие третье место и составляют 4,1% (4,8% у мужчин и 3,1% у женщин). Четвертое место (3,8%) занимают прочие повреждения, которые не были классифицированы по видам травматизма.

Согласно представленным статистическим данным травматологического пункта №3 при ГЦЗ №1 г. Душанбе, с травмами полученными на улице в 2012 году обратилось 1937 человек, в 2013 году – 1997. (Ашуров З.Е., Мирзоева З.А., Давлятова Д.Д., 2015). По тем же данным количество закрытых переломов составило 1568 (32,7%) в 2012 году и 1275 (24,5%) в 2013 году. Вывихи в 2012 году составили 281 случай (5,6%), а в 2013 году - 205 (3,9%).

В Российской Федерации распространенность травматизма в период с 2008 по 2011 гг. составляла около 88% на 1 тыс. взрослого населения (Шлыков И.Л., Рыбин А.В., Горбунова З.И., 2012).

Травматизм в большей степени затрагивает лиц трудоспособного возраста. Это является одной из основных причин снижения продолжительности предстоящей жизни и смертности (Пелеганчук В.А., 2010; Щепин В.О.

Миргородская О.В., 2010; Мыльникова Т.А., Шалыгина Л.С., Гусев М.В. и др. 2014; Gururaj G., Thomas A.A., Reddi M.N., 2000; Jennett B., 2002; Kim K.C., Shin D.H., Lee S.Y. et al., 2010). В структуре причин временной нетрудоспособности травматизм находится на втором месте (Щепин В.О., Бравве Ю.И., Бабенко А.И. и др., 2013).

Возрастание тяжести повреждений и увеличение удельного веса сочетанных травм, частота которых достигает 80% отражает изменение структуры травматизма, особенно в последнее время. С данным явлением связана высокая инвалидизация населения и летальность в трудоспособном возрасте (Андреева Т.М., Огрызко Е.В., Редько И.Л., 2007; Елфимов П.В., 2010; Боровков В.Н., 2010; Титаренко С.В., 2012; Железин О.В., 2012; Милуков А.Ю., 2013; Монастырев В.В., 2014; Кажанов И.В., Микитюк С.И., Колчанов Е.А. и др., 2019; Schinkel C., Gaerther A., Zaspel J. et al., 2006).

Высокая социальная значимость травматизма объясняется не только увеличением степени тяжести повреждений, но и ростом частоты травм, а также случаев летального исхода (Абдуразаков У.А., Комник В.Р., 2011; Войновский Е.А., Лысенко К.И., Дежурный Л.И., 2011; Дубровин М.С., 2013; Васин С.А., 2015; Anwar I.A., Battistella F.D., Neiman R. et al., 2004; Brand J.H.G., Sosef N.L., Verleisdonk E.J.M.M., 2004; Meel B.L., 2004; Tsuei Y.S., 2005; Asensio J.A., Kuncir E.J., Garcfa-Nunez L.M., et al., 2006).

Более половины среди инвалидов после получения травм составляют пострадавшие с переломами костей конечностей (Иванова А.Е., Семенова В.Г., 2008; Щепин О.П., Коротких Р.В., Щепин В.О. и др., 2009; Евсюков А.А., 2010; Федоров В.Г., 2012; Гусев Д.С., 2013; Ефремова В.Е., 2014; Никольская О.Г., Павлов В.В., Суслин С.А., 2017; Mohan D., 2002; Bendinelli C., Sugrue M., Caldwell E. et al., 2008). Показатели смертности от травматизма и стойкой утраты трудоспособности выросли во всем мире среди всех возрастов (Гуманенко Е.К., Козлов В.К., 2008; Зайцева У.И., 2010; Багненко С.Ф., Каштанский Ю.Б., Рзаев Р.С., 2011; Langlois J.A., Rutland-Brown W., Thomas K.E., 2006).

Смертность от внешних причин является преждевременной и предотвратимой в любом возрасте (Мустафин Р.М., Шарафутдинова Н.Х., 2007; Мартиросян М.М., 2009).

По данным Е.П. Какориной и соавт. (2014) травмы составляют почти треть (28,4%) всех смертей у лиц трудоспособного возраста, а в структуре детской смертности находятся на первом месте (23,5% случаев). Каждый десятый случай временной нетрудоспособности среди россиян в 2012 году был связан с получением травмы.

В Республике Татарстан в 2011 году травмы, отравления и другие воздействия внешних факторов среди причин смертности населения занимали третье место, а среди лиц трудоспособного возраста – второе (до 2005 года, соответственно, второе и первое места) (Шайхутдинов И.И., Ягудин Р.Х., Чернова Е.Г. и др., 2013).

В последние годы наблюдается постоянный рост травматизма пропорционально увеличению количества автотранспорта и промышленности. Структура и объем населения, которому оказывают помощь врачи травматологи, чувствительны к различным социальным переменам (Тихилов Р.М., Воронцова Т.Н., Черный А.Ж. и др., 2012; Бурцев А.А., 2017).

Развитие общества и технический прогресс, сопровождающиеся увеличением производства и ростом автотранспорта, предпологаемо приводят к увеличению количества и частоты травм среди населения (Полунина Н.В., 2010).

Дорожно-транспортные происшествия в структуре смертности от внешних причин занимают третье место. 60% госпитализированных поступают с множественными переломами. Дорожно-транспортные травмы составляют почти третью часть (Радкевич С.А., 2009; Железин О.В., 2011; ВОЗ, Доклад о безопасности состояния дорожного движения в мире, 2013, 2015; Solagberu В.А., 2003).

Среди всех участников дорожного движения наиболее уязвимыми являются пешеходы (особенно пожилые люди и дети), для которых риск погибнуть или получить тяжелую травму в ДТП гораздо выше, чем для водителей или пассажиров

транспортных средств (Пешкун А.В., 2013; Скороглядов А.В., Лядова М.В., Ратьев А.П., 2014; Смиренин С.А., Фетисов В.А., Григорян В.Г. и др., 2017; Бондин С.С., Едигарев Р.В., Григорьева С.В. и др., 2018).

Увеличение удельного веса травматических повреждений с летальным исходом, утяжеление полученных травм актуализируют проблему травматизма (Леонов С.А., Огрызко Е.В., Андреева Т.М., 2009; Мигунова О.В., 2011; Соколов В.А., 2011; Гусев Д.С., 2014; Вайсман Д.Ш., 2015; 2018; Vigorita V.J. et al., 2003; Langlois J.A., Rutland-Brown W., Thomas K.E., 2006; Arthurs Z., Cuadrado D., Beekley A. et al., 2006). Из пяти миллионов человек, ежегодно погибающих в мире от травм, у 70% причиной смерти являются тяжелые множественные и сочетанные повреждения (Полунина Н.В., 2012; Tsuei Y.S., 2005; Munoz M., Campos A., Ramirez G., 2007), за которыми в нашей стране укрепился термин политравма (Багненко С.Ф., Каштанский Ю.Б., Рзаев Р.С., 2011; Блаженко А.Н., 2012; Bullock M.R., Chesnut R., Ghajar J. et al., 2006).

Бытовые, уличные и дорожно-транспортные травмы являются основными причинами множественных и сочетанных травм (Ушаков С.А., 2009).

С.В. Рязанцев и соавт. (2017) исследовали динамику и структуру смертности от внешних причин в Российской Федерации и Республике Беларусь в 1995-2016 гг. и выяснили, что алкогольные отравления и транспортные травмы вносят весомый вклад в инвалидизацию населения.

В Санкт-Петербурге показатель смертности в результате несчастных случаев, травм и отравлений составил 112 на 100000 жителей (2008 г., оба пола), из них мужчины – 79 % (Тихилов Р.М., Воронцова Т.Н., Лучанинов С.С., 2010; 2008).

По мнению Р.М. Тихилова и соавт. (2012), в России улучшение финансового состояния граждан и экономической ситуации в государстве с 2005 года положительно отразилось на уровне травматизма и смертности населения. Несмотря на это, состояние здоровья жителей Санкт-Петербурга характеризуется высоким уровнем травматизма. Автором установлено, что показатель травматизма среди жителей в Санкт-Петербурге на 48,6% выше среднего по стране, который за

30 лет составил 87,4 случая на 1000 человек (Тихилов Р.М., Воронцова Т.Н., Черный А.Ж. и др., 2012).

Травматизм остается одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения, как на региональном уровне, так и в глобальном масштабе (Н.В. Корнилов, 2011; Heim C., Bosisio F., Roth A. et al., 2014). Долгие годы требуются на реабилитацию пациентов, пострадавших в результате травм, материальная и психологическая поддержка нужна их родным и близким (Senneseth M., Alsaker K., Natvig G.K., 2012).

Социально-экономическое благополучие страны и проводимые превентивные меры также влияют на временную динамику травматизма. Так, смертность от ДТП в Австралии неуклонно снижалась с 30 случаев на 100 тыс. населения в 1970 году до 8 случаев на 100 тыс. населения в 2006, в то время как во Вьетнаме число летальных случаев от ДТП удвоилось в период с 1998 по 2007 гг. (WHO, Country profiles on road traffic injuries, 2012).

Учитывая размеры территории, многообразие климатогеографических условий, различный уровень социально-экономического уровня и промышленного потенциала отдельных частей Российской Федерации, стоит отметить, что показатели травматизма могут колебаться в зависимости от региона (Евстигнеева Н.А., Евстигнеева Ю.В., 2018; Петровский Е.В., Гарин Л.Ю., Тоненкова Е.Е., 2019). Так, в 2008 году распространенность травматизма в Дальневосточном федеральном округе (ФО) составлял 95,3‰ при общероссийском уровне 88,2‰. (Пальшин Г.А., Федоров Т.С., 2010). Показатель распространенности травматизма в Санкт-Петербурге в 2010 году превышал общероссийский на 30% (Тихилов Р.М., Воронцова Т.Н., Черный А.Ж. и др., 2012).

Проведенный Р.Е. Карповым (2018) анализ несчастных случаев в Московской области за 2015-2017гг. указывает на то, что область занимает одну из лидирующих мест неутешительной статистики по несчастным случаям, произошедших на производстве. Так в 2015 году произошло 59 несчастных случаев со смертельным исходом, в 2016 году – 75, в 2017 году – 52.

По официальным статистическим данным Республиканского медицинского информационно-аналитического центра, ежегодно в среднем у 383,6 тысячи жителей Республики Татарстан первично регистрируются травмы (колебания от 357,7 в 2009 году до 400,8 в 2005 году), т.е. каждый десятый житель республики в течение года обращается в медицинские учреждения по поводу травмы (Шайхутдинов И.И., Ягудин Р.Х., Чернова Е.Г. и др., 2013). Автор отмечает, что в структуре заболеваемости населения Республики Татарстан травмы и прочие внешние причины составляли в 2011 г. 12,1% и занимают 2-е ранговое место после болезней органов дыхания (40,6%).

Анализируя структуру травматизма взрослого населения Республики Татарстан по видам травм, нужно отметить стабильное (Амвросов Д.Э., Клименко Г.Я. 2009; Черепанова И.С., Редько И.А. 2009; Шайхутдинов И.И., Ягудин Р.Х., Чернова Е.Г. и др., 2013; Сиразитдинов С.Д., Панков И.О., 2018) превосходство бытового и уличного (72,7% и 15,2%), производственный травматизм составляет – 6,1%.

Е.К. Захарова и соавт. (2017) представили анализ травм глазницы и глаза по степени тяжести, виду травмы, виду и исходу лечения среди взрослого населения в республике Саха (Якутия) в период 2014-2015 гг., выявивший преобладание бытовых травм лёгкой степени тяжести.

В результате проведенного анализа Г.И. Девятковой и соавт. (2018) пятилетней динамики пострадавшего от гололедных травм населения г. Перми по обращениям в травмпункты (с 2014 по 2017г.) было выявлено, что, начиная с 2014–2015 гг. наблюдается значительный рост травмированных – 7721 человек. Авторы установили, что в сезон 2016–2017 гг. наблюдается рост в 1,06 раза (6,57 %) (7864 человек), то есть наблюдается общая динамика увеличения гололедных травм у населения, независимо от районов города.

В исследовании, проведенном Н.М. Поповой и соавт. (2017), в структуре смертности населения Республики Удмуртия внешние причины занимают 10,0%, смертность мужчин от этих причин превышает смертность женщин в 4,9 раза, средний возраст умерших составил 42,5 года, за исследованный период 2012–2014

гг. первое место занимали другие и неуточненные эффекты воздействия внешних причин (Т66-Т78 39,1%), второе место – токсическое действие веществ, преимущественно немедицинского назначения (Т51-Т65) 20,0%, третье – травмы головы (S00-S09) – 12,4%, четвертое – травмы, захватывающие несколько областей тела (Т00-Т07) – 10,25%.

По данным Э.В. Рахматуллина (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 РБ в 2013 году пятое ранговое место отводится последствиям травм и несчастных случаев с долей 3,9%.

По данным анализа отчетных форм Министерства здравоохранения РБ, проведенных Н.Х. Шарафутдиновой и соавт. (2014) в 2012 году в структуре смертности от внешних причин лидировали несчастные случаи (ДТП, случайные отравления, утопления и падения) – 45,5%; за ними следовали повреждения с неопределенными намерениями (контакт с тупым или острым предметом, асфиксия, неалкогольные отравления, падения) – 25,3%; на третьем месте – преднамеренные самоповреждения (22,6%), на четвертом месте оказались нападения (6,6%).

Некоторые авторы представляют отдельные сведения о травматизме в городе Уфа. Так, по данным В.Е. Лешкова и соавт. (2014), в 2012 году в структуре причин черепно-мозговых травм с летальным исходом 31,4% случаев приходится на повреждения, полученные в результате падений с высоты, в 20% - ДТП, в 11,4% - насилия. В 47,1% случаев в крови погибших обнаружен алкоголь.

Уфа является одним из крупнейших городов с миллионным населением, крупным транспортным узлом и промышленным центром Российской Федерации. Проведение комплексного системного изучения эпидемиологических аспектов повреждений и несчастных случаев в городе Уфа может стать основой для разработки мер профилактики травматизма.

1.2. Травматизм и факторы, обуславливающие травмы

Травмой называют внезапное воздействие факторов внешней среды на ткани, органы или организм в целом, приводящее к анатомо-физиологическим изменениям, сопровождающимся местной и общей реакцией организма (Корнилов Н.В., 2011). Повреждения могут быть непреднамеренными или умышленными (Sethi D., Racioppi F., Mitis F., 2010). Одним из наиболее распространенных вариантов травматизма является бытовой травматизм. Бытовыми травмами называют повреждения, полученные не на производстве, а возникшие при выполнении домашней работы, конфликтов и др. (Большой медицинский словарь, 2010). Увеличение травматизма в основном происходит за счет повреждений, полученных в быту и на улице (Шапошников В.И., 2017).

В городах травматизм среди населения остается на высоком уровне и обусловлен многими причинами, среди которых факторами высокого риска можно отметить несоблюдение техники безопасности в производстве, злоупотребление алкогольной продукцией, несоблюдение правил дорожного движения, неосторожное обращение в быту с оборудованием и техникой (Соколов В.А., 2006; Багненко С.Ф., Ермолов А.С., Стожаров В.В. и др., 2008). Большие экономические потери общества определяет высокая частота травматических повреждений в трудоспособном возрасте.

По данным Л.К. Селиванова (2016) в 2015-м году в Российской Федерации бытовые травмы охватывали 69,9% всех повреждений. Величина риска бытового травмирования колеблется (рассчитанная как отношение числа травм за некоторый период времени к среднесписочной численности в тот же период) в зависимости от региона: если в Дальневосточном ФО показатель составил более 0,1, то в Центральном ФО расчетное значение не превысило 0,02. Сплошное описательное исследование, проведенное в южно-казахстанском городе Шымкент в период с 2012 по 2014 годы, показало, что половину случаев (49,4%) госпитализации в стационар составляют травмы, полученные в быту. Доля бытовых травм была статистически значимо выше у женщин, тогда как среди мужчин преобладал

автомобильный травматизм ($\chi^2=12,7$, $df=4$, $p=0,013$). Кроме того, среди пожилых людей доля бытовых травм составляет 76,7%, в то время как у лиц 15-29 лет и 30-59 лет данный показатель равнялся 39,1% и 42,6% соответственно (Булешова А.М., Булешов М.А., Кудрявцев А.В. и др., 2016).

Согласно результатам исследования Н.Ф. Салимова и А.А. Раззокова (2015) в структуре амбулаторных травм преобладают бытовой (63,3%) и уличный (21,9%) травматизм, суммарный удельный вес которых составил 85,2%. Авторы связывают это с ухудшением криминогенных и бытовых условий, высоким числом безработных, преимущественным применением не квалифицированного ручного труда, уменьшением количества дошкольных учреждений, неблагоустроенностью территорий и улиц, низкой доступностью спортивных и других мероприятий развлекательного характера для основной части населения.

К.В. Шельгиным и Ложкиной Л.И. (2016) установлено, что в период с 1989 по 2014 гг. наблюдалась положительная значимая связь между смертностью от травм в отдельности для мужского и женского населения Мурманской области и уровнем смертности от отравлений алкоголем. В среднем, доля алкоголь обусловленной смертности от травм составила 24,6 % для мужского и 23,9% для женского населения.

Множество работ посвящено взаимосвязи избыточной массы тела и травматизма. В Российской Федерации избыточная масса тела и ожирение включены в число десяти важнейших факторов риска и составляют в их структуре 7,1% у мужчин и 10,7% у женщин, сразу после курения, алкоголизации, высокого уровня артериальной гипертензии и холестерина. Количество людей с избыточной массой тела в мире оценивается в 1,5 миллиарда человек (WHO, Statistical Information System, 2016). По мнению А.А. Шугинова и соавт. (2016) ожирение связано с увеличением медицинских расходов для пациентов с ортопедическими политравмами. Существуют множество точек зрения о влиянии избыточной массы тела на травматизм (Radak T.L., 2004; Kopits E., Cropper M., 2005; Hsu Y.H., Venners S.A., Terwedow H.A. et al., 2006).

В Санкт-Петербурге принята «Программа по формированию здорового образа жизни у жителей Санкт-Петербурга на 2013-2015 гг.», в которой особое внимание уделено предупреждению хронических неинфекционных заболеваний, в т.ч. ожирения, путём формирования правильных пищевых привычек и рациональной двигательной активности, в первую очередь у молодых людей. (Шугинов А.А., Фирсов С.А., Опенко Т.Г., 2016; Hsu Y.H., Venners S.A., Terwedow H.A. et al., 2006; Boss M.J., McCarthy, Jones A.L et al., 2005.).

По данным анализа, проведенным S. Mottillo, K.B. Filion, J. Genest et al., (2010) перелом груднопоясничного отдела и другие травмы чаще наблюдались у пациентов с ожирением и избыточной массой тела.

По мнению А.А. Шугинова и Т.Г. Опенко (2016) существуют доказательства того, что метаболический синдром и абдоминальное ожирение в целом ассоциированы со снижением минеральной плотности костной ткани, что приводит к повышению риска переломов. Абдоминальное ожирение и метаболический синдром можно считать новыми факторами риска остеопороза (Джаксыбаев М.Н., Альходжаев С.С., Тезекбаев К.М. и др., 2016; Шостак Н.А., Правдюк Н.Г., 2016; Майорова Ю.Г., 2019; Ford E.S., Li C., Zhao G., 2010).

Большое количество работ посвящено взаимосвязи употребления алкоголя и травматизма. Алкоголь по своему действию в небольших дозах схож с действием эндорфина. К.В. Шелыгиным и Л.И. Ложкиной (2016) установлена значимая связь между индикатором потребления алкоголя и уровнем смертности от травм.

А.В. Боева и соавт. (2013) установили, что доля случаев смертельной травмы, когда в крови умерших был обнаружен этиловый алкоголь в различной концентрации, составляла почти 50% от всех случаев смертельной механической травмы, что указывает на зависимость криминогенной ситуации от уровня алкоголизации населения.

В исследовании С.П. Сапожникова и соавт. (2018) наиболее высокие средние концентрации алкоголя обнаружены в крови умерших от травм головы, ДТП, утопления, асфиксии верхних дыхательных путей.

С.Н. Аухатовой (2017) рассмотрены новые факторы риска (алкоголь, наркотики). Автор считает, что систематизация и изучение данных, полученных в результате токсикологического мониторинга, позволяют своевременно и рационально решать проблемы, связанные с химической безопасностью населения Республики Башкортостан.

В качестве ключевых факторов физической городской среды вопросы безопасности улиц и сооружений, жилья и транспорта оказывают сильное влияние на индивидуальную мобильность, травматизм, уровень преступности, на здоровое или нездоровое поведение, участие в социальной жизни (Всемирная организация здравоохранения, 2007).

Высокая подверженность лиц пожилого возраста бытовым травмам подтверждается исследованиями зарубежных авторов. Так, ретроспективное эпидемиологическое исследование показало, что среднее ежегодное количество смертельных травм в США составило 30569 в период с 2000 по 2010 годы, из них в 21,9% случаев приходилось на лиц в возрасте старше 80 лет (чаще всего вследствие падений). Во всех возрастных группах погибших от бытовых травм, соотношение мужчин и женщин было больше единицы. Наименьший показатель (1,3) наблюдался у детей первого года жизни, а максимальное значение было отмечено в группе 20-29 лет – мужчин погибало в три раза больше, чем женщин (Gielen A.C., McDonald E.M., Shields W., 2015).

Уровень доходов также связан с частотой бытовых травм: среди бедных (с годовым доходом менее 10400 долларов США) показатель равнялся 8,24 на 100 тыс. населения, а среди состоятельных граждан – 2,90 на 100 тыс. населения. Наиболее часто к летальным исходам приводили отравления (43,1% всех летальных бытовых травм и повреждений), на втором месте фигурировали падения (33,9%) (Gielen A.C., McDonald E.M., Shields W., 2015; NHS Poverty Guidelines, 2008).

Среди факторов риска бытовых травм, помимо возраста и уровня доходов, отдельно стоит выделить адаптированность и безопасность предметов

окружающей среды (жилище, мебель, лекарственные препараты, средства бытовой химии и др.) (Редько И.А., 2006).

Уличным травматизмом называют повреждения, полученные вне производства независимо от причин, их вызвавших (кроме транспорта) (Большой медицинский словарь, 2010). По данным Л.К. Селиванова (2016) на долю уличного травматизма в 2015 году в РФ пришлось 19,6% случаев. В Татарстане уличный травматизм оказался на втором месте после бытового (15,2% от всех случаев травм, зафиксированных в период с 2003 по 2011 годы) (Шайхутдинов И.И., Ягудин Р.Х., Чернова Е.Г. и др., 2013).

В Астраханском регионе отслеживается тенденция к увеличению количества уличных травм у взрослого населения практически в два раза: с $15,3 \pm 0,42\%$ в 2000 году до $31,7 \pm 0,42\%$ в 2012 году. По характеру уличные травмы распределились следующим образом: поверхностные повреждения – $32,4 \pm 0,23\%$; открытые раны – $21,3 \pm 0,2\%$; вывихи и растяжения $17,3 \pm 0,18\%$; переломы костей верхних конечностей – $9,8 \pm 0,15\%$; переломы костей нижних конечностей – $9,2 \pm 0,14\%$ (Гречухин И.В., Шоя А.А., Куркин А.М. и др., 2014).

Дорожно-транспортный травматизм является ведущей причиной смерти у лиц в возрасте 15-29 лет во всем мире. Наиболее уязвимой группой участников дорожно-транспортного движения в Российской Федерации до 2009 года были пешеходы (Губайдуллин М.И., 2010; Мысаев А.О., Сеилханов К.Е., Дюсенбаев Д.М. и др., 2014). В 2013 году ситуация изменилась: показатель смертности водителей и пассажиров в 2013 году составил 13 на 100 тыс. населения, а пешеходов – 13 на 100 тыс. населения (Фаттахов Т.А., 2015).

И.В. Гречухиным и соавт. (2014) были проанализированы годовые отчеты по форме № 57 "Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин" по Астраханской области за 2000-2012 гг. Авторы установили, что в Астраханском регионе преобладающие виды травматизма – уличный и бытовой, что связано с проживанием значительной части населения в неблагоустроенном жилье частного сектора и неудовлетворительным состоянием

улиц, дорог и тротуаров. При этом у взрослых удельный вес уличного травматизма увеличился в 2,2 раза.

В Республике Казахстан сложилась схожая ситуация: за 2012 год в структуре смертности ДТП лидируют водители и пассажиры легковых и грузовых транспортных средств (61%), в 23% случаев погибали пешеходы, а на долю двухколесного транспорта пришлось всего 3%. Наиболее частым видом ДТП за 2013-2015 годы стал наезд на пешеходов (44,1%), за ним следуют столкновения транспортных средств (34,1%), замыкают тройку опрокидывания (8,6%) (Абдрахманова З.Б., Булешов М.А., Молдалиев И.С. и др., 2017).

Структура травм, видов и участников ДТП варьирует в зависимости от региона мира (Buleshova A.M., Buleshov M.A., Zhanabayev N.S. et al., 2016; Sherafati F., Homaie-Rad E., Afkar A. et al., 2017; Verma V., Singh A., Singh G.K. et al., 2017).

Не менее приоритетным направлением в здравоохранении и социально-трудовом законодательстве в РФ остается решение проблемы производственного травматизма (Судак С.Н., 2011; Веретехина С.В., Солдатов А.А., 2016; Белякин С.К., Левашов С.П., 2016).

В 2007 году уровень производственных травм в России составил 2,5‰ (на 1 тыс. работников), в Германии – 26‰, во Франции – 40‰. Напротив, уровень производственных травм со смертельным исходом в Германии был ниже в 5,7 раз в сравнении с российским, а во Франции – в 3,6 раз. Подобные статистические «ножницы» наводят на мысли о преднамеренно заниженном уровне регистрации несчастных случаев на производстве (Тихонова Г.И., Чуранова А.Н., Горчакова Т.Ю., 2012). Анализ актов расследования несчастных случаев (n=865) в Нижегородской области за 2012-й год позволил выявить структуру основных причин повреждений на рабочем месте: половина пострадавших получила травму движущимся предметом (49,2%); 15,8% составили падения с высоты или обрушения; 14,8% – термические или химические ожоги; в 13,5% случаев совершен наезд транспортным средством (Васильева Л.А., Матвеев В.Ю., Онегова Н.В. и др., 2014).

Таким образом, эпидемиологическая характеристика и структура различных видов травматизма может иметь региональные, социально-экономические, этнические, гендерные и другие особенности. Профилактика травматизма требует серьезных законодательных инициатив, внедрения образовательных программ и значительных финансово-экономических затрат со стороны организаций и государства.

1.3. Организация первичной медико-санитарной помощи при травмах

Первостепенными задачами медицинских работников по борьбе с травматизмом являются: полный учет всех травм, тщательный анализ причин и обстоятельств их получения, информирование всех заинтересованных ведомств и организаций регионов, ответственных за устранение их причин, разработка медицинских профилактических мероприятий (Гречухин И.В., 2012).

В оказании травматологической помощи городскому населению важное место занимают травматологические пункты, являющиеся первичным звеном в оказании квалифицированной специализированной медицинской помощи пострадавшим от травм и других несчастных случаев без круглосуточного пребывания (Шарафутдинова Н.Х., М.В. Борисова и др., 2017). Оказание своевременной медицинской помощи в адекватном объеме при получении травм является условием снижения смертности и возможности возникновения временной или стойкой нетрудоспособности (WHO, Prehospital trauma care systems, 2014).

Снижение социального бремени травматизма требует как профилактических мероприятий, так и постоянного совершенствования системы оказания помощи травматологическим больным (Mock C., Joshipura M., Arreola-Risa C. et al., 2012; Александров С.В., Голубев В.А., Иванов П.А., 2019).

Межгосударственные различия в уровне качества травматологической помощи отражены в классификации ВОЗ, учитывающей степень развитости догоспитальной и госпитальной помощи, доступности обучающих курсов и

тренингов, а также оценки качества оказываемых медицинских услуг (WHO, Trauma system maturity index, 2017).

Основной характеристикой травматологической службы в странах с низким и средним уровнем доходов являются отсутствие или недостаточность адекватной объема или уровня оказываемой помощи. Другими проблемами догоспитальной помощи в развивающихся странах являются дефицит специализированных транспортных средств и отсутствие должной подготовки лиц, осуществляющих транспортировку пострадавших. Главной проблемой госпитальной помощи в развивающихся стран стала нехватка специалистов травматологического профиля и современного оборудования (Cherpitel C.J., 2015; Chikani V., Brophy M., Vossbrink A. et al., 2016). В развитых странах отмечается высокий уровень подготовки персонала, оказывающего помощь на догоспитальном этапе. Так, в США и Японии на раннем догоспитальном этапе к оказанию помощи привлекаются парамедики. Кроме того, США является страной с самой развитой системой санавиации в мире (Gielen A.C. et al., 2015).

Ряд авторов изучили влияние организационной модели, кадрового обеспечения и технического оснащения служб, оказывающих неотложную помощь, на качество обеспечения травматологической помощи при сравнительном исследовании национальных систем стран с различным уровнем дохода. Авторы сопоставили эпидемиологические и организационные аспекты городских травматологических служб стран с высоким (Сиэтл, США), средним (Монтеррей, Мексика), низким (Кумаси, Гана) уровнем доходов (Zhao L.J., Liu Y.J., Liu P.Y et al., 2007; Mock C., Joshipura M., Arreola-Risa C. et al., 2012).

По данным российских авторов в амбулаторном лечении нуждаются 80% пациентов с повреждениями и заболеваниями костно-мышечной системы, и практически все пострадавшие травматологического профиля после стационарного лечения обращаются в поликлиники (Миронов С.П., Еськин Н.А., Андреева Т.М., 2010). В Иркутской области в 2010 году доля травматологических больных, которые получали помощь на уровне амбулаторного звена, составила 92,7%. (Сидорова Г.В., Сороковников В.А., Черникова О.М. и др., 2011). Таким образом,

значительный объем нагрузки в оказании травматологической помощи в Российской Федерации приходится на амбулаторно-поликлиническую службу.

Оказание травматологической помощи в Российской Федерации регламентируется рядом нормативно-правовых актов. Согласно приказу МЗ РФ от 12 ноября 2012 года №901н. г. Москва «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Травматология и ортопедия»» медицинская помощь оказывается в виде скорой, первичной медико-санитарной и специализированной помощи. Кроме того, в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» одним из путей оптимизации травматологической помощи населению является создание сети травмоцентров вдоль федеральных и региональных автомобильных дорог. По данным И.Л. Шлыкова и соавт. (2012) число амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ), оказывающих травматологическую помощь, в 2011 году в РФ достигло 2614, при этом прирост их числа в сравнении с 2010 годом составил всего 0,6%. Более того, в последующие годы число АПУ, имеющих в структуре травматологические кабинеты, уменьшилось: в 2012 году в стране их стало 2557, а в 2013 году – 2496. В Республике Башкортостан число АПУ в период с 2011 по 2013 годы оставалось равным 83 (Норкин И.А., Баратов А.В., Акимова Т.Н. и др., 2014).

В амбулаторных условиях первичная врачебная медико-санитарная помощь охватывает деятельность кабинета и поликлинического отделения травматологии и ортопедии. Штатными нормативами работы травматологического отделения, кабинета и травмпункта являются следующие показатели: 1 травматолог-ортопед на 15 тысяч взрослого населения и 1 врач аналогичного профиля на 12,5 тысяч детского населения (Приказ Министерства здравоохранения РФ №901н, 2012). В 2012 году в Саратовской области на 1 врача-травматолога АПУ приходилось 20 тыс. обслуживаемого населения (Норкин И.А., Баратов А.В., Акимова Т.Н. и др., 2014).

Проблема недостаточного кадрового обеспечения амбулаторно-поликлинической травматологической службы складывается как в других регионах, так и в РФ в целом. Так, показатель обеспеченности врачами

травматологами-ортопедами АПУ в 2013 году в Российской Федерации составил 0,54 на 10 тыс. населения, минимальное значение показателя зафиксировано в Северо-Кавказском ФО (0,41 на 10 тыс. населения), а максимальное – в Северо-Западном ФО (0,66 на 10 тыс. населения (Норкин И.А., Баратов А.В., Акимова Т.Н. и др., 2014).

По данным Р.М. Тихилова и соавт. (2012) в условиях совместительства штатных ставок в 2011 году нагрузка увеличена на 2,5% у врачей и на 23,2% у медсестер амбулаторной травматологической сети Санкт-Петербурга, а число обслуживаемых ими пациентов за год составляет 5,5 тыс. и 5 тыс. соответственно. При этом ежегодное количество амбулаторных пациентов, получивших травмы и отравления, растет. Абсолютное число лиц с травмами, обратившихся в приемный покой Александровской больницы Санкт-Петербурга, в 2001 году равнялось 2355, а к 2008 году увеличилось до 8830 случаев (Беленький И.Г., Кутянов Д.И., Спесивцев А.Ю. и др., 2011).

Кадровый дефицит травматологов-ортопедов особенно остро испытывают регионы. Так, в 2012 году показатель обеспеченности специалистами травматолого-ортопедического профиля в амбулаторно-поликлинических учреждениях Саратовской области на 10 тыс. взрослого населения составил 0,38, в то время как аналогичный федеральный показатель был в 1,4 раза выше (0,54). Дефицит врачей травматологов-ортопедов амбулаторного звена в Саратовской области составляет 53,8% (49 врачей) (Норкин И.А., Баратов А.В., Акимова Т.Н. и др., 2014).

Кабинет неотложной помощи травматологии и ортопедии называется травматологическим пунктом. Отличительной особенностью травматологического пункта является круглосуточная организация его работы во все дни недели для оказания лечебно-диагностической помощи травматологическим больным и пациентам с острой патологией опорно-двигательного аппарата. В штате травматологического пункта должны присутствовать заведующий, врач травматолог-ортопед (на 15 тыс. взрослого населения и 12,5 тыс. детского

населения по штатным нормативам), медицинская сестра (1 на 1 на врача) и санитар (1 на 3 кабинета).

Травматологический пункт должен иметь отдельный вход, оборудованный пандусами. Для первичного и повторного врачебного приема выделяются два отдельных кабинета. В дополнение к вышесказанному, в травматологическом пункте предусмотрены прочие функциональные помещения: процедурная, перевязочная, гипсовальный кабинет, рентгенологический кабинет. Материально-техническое оснащение травматологического пункта включает в себя, помимо рабочих мест персонала, кушетку, негатоскоп, угломер, комплекты шин, аппараты для репозиции, наборы спиц и силовых инструментов, устройство для снятия гипсовых повязок, стерилизаторы, ростомер и весы. На случай развития анафилактического шока у пострадавшего в процедурном кабинете должна быть укладка для оказания экстренной медицинской помощи. К вспомогательным помещениям травматологического пункта относят кабинеты заведующего и старшей медсестры, комнату отдыха персонала и санузел (Приказ Министерства здравоохранения РФ №901н, 2012).

В исследовании Т.Н. Воронцовой и С.С. Лучанинова (2012) приведены данные о функционировании 25 травмпунктов (ТП) в 2011 году в Санкт-Петербурге. Численность персонала всех ТП насчитывала 490 сотрудников (250 врачей и 240 медицинских сестер). Количество обращений в ТП в 2011 году составило 1240702 случая, из них 423286 (34,1%) были первичными. Число повторных обращений в сравнении с 2009 годом возросло на 11%. Большинство пострадавших обращались за помощью в утреннее время (50,8%), на дневной прием пришлось 37,7% случаев, каждый десятый пациент (11,5%) обслуживался ночью. В структуре травм лидируют ушибы и повреждения связок (139995 обращений; 34,0%), за ними следуют переломы костей скелета (125411 обращений; 30,4%), раны мягких тканей получили 17% (70513) пострадавших.

Наиболее частым видом оперативного вмешательства в травматологическом пункте становилась обработка ран мягких тканей – 51,4% (n = 20545), репозиция костных отломков проводилась в 14% случаев (n = 5901), каждый десятый пациент

нуждался в удалении инородного тела ($n = 4211$). В 99,6% случаев исходом лечения в ТП было выздоровление (Воронцова Т.Н., Лучанинов С.С., 2012).

Помимо диагностики и оказания экстренной неотложной помощи при повреждениях опорно-двигательного аппарата травматологический пункт отбирает и направляет больных для дальнейшего лечения в стационаре. Еще одной функцией ЛПУ амбулаторной травматологической помощи является диспансеризация и реабилитация пациентов после несчастных случаев. Удельный вес лиц, состоящих на диспансерном учете после травм, в Республике Татарстан в 2012 году составил всего 0,6%, для сравнения при болезнях органов дыхания диспансеризация достигла в том же году 3,9%, при сердечно-сосудистой патологии – 28,6, при онкологических заболеваниях – 62,5%. (Шайхутдинов И.И., Ягудин Р.Х., Чернова Е.Г. и др., 2013). В 2013 году доля охваченных диспансеризацией взрослых пациентов с последствиями травм колеблется от 0% в Кировской области до 2,9% в Ульяновской области. В Республике Башкортостан аналогичный показатель в 2013 году равнялся 0,7%, а в РФ в целом – 1,1% (Норкин И.А., Баратов А.В., Акимова Т.Н. и др., 2014; Юнусов Д.И., Хамидуллина Л.З., Столярова А.Г. и др., 2019).

Таким образом, высокие показатели травматизма населения РФ и отдельных регионов, наличие кадрового дефицита в АПУ травматологического профиля, несовершенство материально-технической базы травматологической службы, слабый охват диспансеризацией и острый дефицит реабилитационных мероприятий для пациентов обуславливают необходимость проведения комплекса мер по совершенствованию медицинской помощи при травмах.

1.4. Медико-организационные мероприятия, направленные на совершенствование медицинской помощи при травмах

Системы оказания медицинской помощи при различных видах травм требуют дальнейшего развития и оптимизации. Анализ 625 случаев

непроизводственных травм в г. Витебск (Республика Беларусь) позволил проанализировать влияние медико-организационных факторов на результаты лечения пострадавших. Методом экспертных оценок выяснилось, что почти половина пациентов (48,88%; n = 239) оценили эффективность травматологической помощи на «отлично», каждый четвертый (25,77%; n=126) – на «хорошо», 14,52% (n=71) пострадавших дали оценку «удовлетворительно», а каждый десятый (10,84%; n = 53) остался недовольным оказанной помощью (Рязанцев С.В., Храмова М.Н., Гришин А.С., 2017).

Другие исследователи проводят описательные исследования, составляя социально-демографический портрет пострадавших, что позволяет планировать работу травматологической службы. В исследовании Булешовой А.М. и соавт. (2016) проведен анализ 415 выписок из медицинских карт стационарных больных Городской больницы скорой медицинской помощи г. Шымкент (Республика Казахстан). Авторы пришли к выводу, что полученные сведения (пол и возраст пострадавших, вид травмы, сезон и время ее получения) не позволяют разработать программу первичной профилактики травм, обосновывая, тем самым, необходимость создания регистра.

Первым городом в Российской Федерации, в котором был создан муниципальный регистр травм, стал г. Шенкурск Архангельской области. За 2015 год в регистр включено 3139 случаев травм, зафиксированных в поликлинике, станции скорой помощи и стационаре. Заполнение специально разработанных листов учета с выяснением обстоятельств травм позволяет разработать комплекс мер, направленных на профилактике различных видов травм. (Унгурияну Т.Н., Кудрявцев А.В., Анфимов В.Г. и др., 2017). К заключению о необходимости тщательного сбора данных с выяснением социально-гигиенических характеристик пострадавших и деталей обстоятельств получения травм приходят и другие авторы. В исследовании Гречухина И.В. и соавт. (2011) проведен анализ официальных данных первичной обращаемости за амбулаторной травматологической помощью в г. Астрахани в период с 1998 по 2007 гг. Наиболее распространенным видом повреждений среди взрослых были бытовые травмы (52%), исходя из этого факта

авторы предлагают проведение административно-организационных мероприятий по улучшению материально-жилищных условий населения.

В исследовании Г.В. Сидоровой и соавт. (2011) рассмотрены организационные аспекты несовершенства оказываемой травматологической службы в Иркутской области. В 2011 году область нуждалась в 293 специалистах по штатному расписанию, а в учреждениях работало 169 лиц, т.е. фактическая укомплектованность составила 56,7%. Авторы указывают на необходимость укомплектования квалифицированными кадрами АПУ травматологического профиля как одного из путей совершенствования службы в регионе (Сидорова Г.В., Сороковников В.А., Черникова О.М. и др., 2011).

И.Л. Шлыков и соавт. (2012) обратили внимание на проблему кадрового дефицита в лечебно-профилактических учреждениях травматологической сети Уральского федерального округа, 80% населения которого являются горожанами.

В исследовании М.Г. Москвичевой и соавт. (2014) проведен анализ основных финансовых показателей оказания травматологической помощи в Российской Федерации и ее регионах. Авторами выявлены различия в динамике развития неотложной помощи, как между субъектами РФ, так и в пределах одного региона.

Опыт оптимизации системы травматологической помощи в регионах свидетельствует о необходимости учета клинических, организационных и экономических аспектов медико-организационных подходов. Анализ социально-гигиенического портрета пострадавшего и обстоятельств получения травм позволяет спланировать объемы работы службы и разработать комплекс мер по профилактике травм. Приоритетными организационными мероприятиями в лечебно-профилактических учреждениях травматологической сети по-прежнему остаются оптимизация кадрового и материально-технического обеспечения.

1.5. Организация профилактических мер по снижению травматизма

З.Е. Ашуров и соавт. (2015) считают, что в настоящее время имеются серьезные проблемы в профилактике травматизма из-за низкого уровня

просвещения населения, слабой просветительской работы среди населения и общества.

Потеря здоровья и жизни вследствие травматизма относится к числу предотвратимых причин болезни и смерти, и тем важнее становятся вопросы выявления факторов риска и профилактики (Тихилов Р.М., Воронцова Т.Н., Лучанинов С.С., 2010).

А.М. Булешова и соавт. (2016) считает, что к основной группе риска по бытовому травматизму можно отнести лиц с неполным средним образованием, не имеющих семью, безработных и преимущественно женщин.

В настоящее время имеются серьезные проблемы в профилактике травматизма из-за низкого уровня просвещения населения, слабой просветительской работы среди населения и общества. Ашуров З.Е. и соавт. (2015) предлагают в целях уменьшения удельного веса бытового травматизма семейным врачам необходимо проводить беседы в семьях по уменьшению и предотвращению воздействия факторов риска травматизма. Авторы предлагают объяснять основные меры по профилактике бытового травматизма: улучшение условий быта, ограничить доступ детей к электрическим приборам, нагревательным устройствам, режущим предметам, лекарственным препаратам, информировать о рисках укусов, а также проводить беседы о необходимости соблюдения правил дорожного движения.

Ряд авторов считает, что в настоящее время имеются серьезные проблемы в профилактике травматизма из-за низкого уровня просвещения населения, слабой просветительской работы среди населения и общества (Ашуров З.Е., Мирзоева З.А., Давлятова Д.Д., 2015).

Важнейший вклад в профилактике травматизма у пожилых людей могут внести рекомендации по коррекции образа жизни для решения проблемы гиподинамии, преодоления социальной изоляции (Сафоничева О.Г., 2016).

По мнению А.А. Шугинова и Т.Г. Опенко (2016) абдоминальное ожирение и метаболический синдром могут являться одной из мишеней профилактики непредумышленного травматизма.

Установлено, что рост бытового травматизма происходит за счет интенсивного внедрения в домашнее хозяйство различных механических и транспортных средств, что на фоне все еще бытующего пьянства у значительной части населения приводят к различным несчастным случаям. Борьба с вредными привычками, а также пропаганда техники безопасности в домашнем хозяйстве являются залогом успеха (Шапошников В.И., 2017).

Б.Ч. Месхи и соавт. (2018) изучен вопрос анализа и проблемы достоверности статистических данных о производственном травматизме на предприятиях российской федерации. С учетом полученных данных может быть создан организационно-экономический механизм, позволяющий исключить искажения отчетности по производственному травматизму на отечественных предприятиях.

Главные мероприятия по предупреждению производственного травматизма связаны с предотвращением трех основных типов причин травматизма: технических, организационных и личностных (Александрова Н.Г., 2017).

Интегральная оценка рисков повышения травматизма на территории с большим количеством населения необходима для предупреждения травматизма. Риски определяются внешней и внутренней средой территориального образования и называются детерминантами. Выявление детерминант и их учет имеет важное значение при планировании комплекса мероприятий по профилактике травматизма (Тихилов Р.М., Воронцова Т.Н., Лучанинов С.С., 2008).

С.С. Бондин и соавт. (2018) установили, что использование в тренировочном процессе разработанной технологии формирования навыков самостраховки для профилактики травматизма при падениях и специально подобранных методов тренировки позволяет достичь более высоких результатов. Предупреждение травм в первую очередь зависит от безопасного поведения самих пострадавших, а рекомендации по профилактике непроизводственного травматизма должны строиться с учетом пола, возраста и характера труда.

По мнению И.А. Редько (2007) основные мероприятия по профилактике бытовых травм направлены на устранение нивелируемых факторов риска:

алкогольное опьянение, семейные конфликты, переутомление, материально-жилищные проблемы.

Ряд авторов показали, что общая динамика увеличения гололедных травм среди населения происходит не столько на улицах города, сколько преимущественно на придомовых территориях. Доля пострадавших около дома колеблется от 57,6 % в 2015 г. до 59,2 % в 2017 г. (Девяткова Г.И., Мчедлишвили А.А., Щепеткова Е.Р., 2018). По их мнению, борьбу за профилактику травматизма в гололедный период надо начинать с придомовых территорий.

Комплекс профилактических мероприятий уличного травматизма охватывает пресечение противоправных действий, проведение работ по ремонту улиц, тротуаров и дворов, борьбу с гололедицей, соблюдение правил безопасности на отдыхе (Коновалов А.Н., 2007).

В.В. Юмагузин и соавт. (2015) считают, что повышение информированности о правилах безопасности не только среди пожилых, но и детей и взрослых, безусловно, будет способствовать снижению травматизма и смертности, в первую очередь от внешних причин. При этом автор отмечает что, обеспечение безопасности и формирование навыков безопасного поведения пожилых людей должно проводиться с учетом потребностей старшего поколения.

Высокий уровень алкоголизации населения является актуальной медицинской и социальной проблемой (Lieber C.S., 2012.). Даже при состоянии алкогольного опьянения легкой степени тяжести отмечается снижение концентрации внимания и нарушение координации движений, способное спровоцировать травму (Cherpitel C.J., 2015). В исследовании, проведенном С.В. Козуля и соавт. (2016) доказана эффективность введения запрета на ночную торговлю алкоголем по влиянию на травматизм.

Для снижения смертности населения Удмуртской Республики от внешних причин Н.М. Поповой и соавт. (2017) предлагаются мероприятия, направленные на широкое информирование населения о показателях травматизма, их последствиях, о факторах риска травм, с использованием разработанных памяток, листов информирования, плакатов и других печатных материалов.

Заключение

Травматизм является приоритетной проблемой национальных систем здравоохранения, поскольку он влияет на социальную, демографическую и экономическую ситуацию практически во всех странах и регионах. В Российской Федерации травматизм в структуре смертности населения травмы занимают третье место, уступая лишь болезням системы кровообращения и злокачественным новообразованиям. Каждый третий случай смерти у лиц трудоспособного возраста страны обусловлен воздействием внешних причин, у лиц до 18 лет четверть всех смертей обусловлена травмами. Дорожно-транспортные травмы являются главной причиной смерти у лиц в возрасте 15-29 лет (Десять ведущих причин смерти в мире, ВОЗ, 2017). У детей дошкольного возраста и пожилых людей особенно актуальны повреждения, полученные в бытовых условиях. Растущие темпы индустриализации и повышение промышленного потенциала во всем мире требуют особых подходов в профилактике производственного травматизма.

Опыт оптимизации организационных моделей систем травматологической помощи в ряде регионов РФ демонстрирует необходимость проведения тщательного сбора данных о пострадавших, кадровом и материально-финансовом обеспечении лечебно-профилактических учреждений сети. Немаловажным аспектом для разработки мер по повышению качества оказываемых услуг населению является анкетирование пациентов о доступности, эффективности медицинской помощи и удовлетворенности ею.

Уфа является одним из крупных промышленных и транспортных узлов России с миллионным населением. Анализ социально-демографических особенностей травматизма региона, интенсивных и экстенсивных показателей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений города и оценка качества медицинской помощи населением позволит разработать комплекс организационных мероприятий для дальнейшего совершенствования травматологической службы города.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несмотря на проводимые в последние годы мероприятия по охране здоровья населения, уровень травматизма среди населения остается высоким. Не достаточно эффективно проводятся мероприятия по профилактике травм и улучшению первичной медико-санитарной помощи травмированным пациентам. Диссертационная работа представляет собой комплексное медико-социальное исследование, направленное на совершенствование первичной медико-санитарной помощи пациентам при травмах. Исследование проводилось в 2015-2018 гг. в г. Уфа.

Уфа – крупный промышленный город «миллионник», столица Республики Башкортостан. Площадь города составляет 468 кв. км. В городе работают более 10 ВУЗов, в том числе медицинский университет, более 24 средних специальных учебных заведений, в том числе 2 медицинских колледжа. Значимые места в промышленности Уфы занимают нефтеперерабатывающие, металлообрабатывающие и деревообрабатывающие заводы, а также товары электротехнической, легкой и пищевой промышленности.

Город Уфа разделен на 7 районов: Калининский, Демский, Орджоникидзевский, Кировский, Ленинский, Октябрьский, Советский. Численность населения города на 01.01.2018г. составила 1127300 человек, в том числе лица старше 18 лет – 893302 человека.

В г. Уфа функционирует 59 медицинских организаций, в том числе 13 стационаров, 4 травматологических пункта, 35 травматологических кабинетов в городских поликлиниках, 1 станция скорой медицинской помощи и др.

В медицинских организациях города занято 4399 врачей и 8662 средних медицинских работника. В 2017г. обеспеченность врачами составила 40,2 на 10 тыс. жителей, средним медперсоналом – 70,2 на 10 тыс. жителей. Укомплектованность врачами достигла 84,9%, в том числе в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях – 83,0%, в стационарах – 87,0%.

Социально-экономическая и демографическая характеристика г. Уфа свидетельствует, что она схожа с другими городами, входящими в Приволжский и Уральский федеральные округа России.

Для решения поставленных задач нами изучен уровень и структура травматизма среди городского населения за 2010-2015гг., организация первичной медико-санитарной помощи взрослому городскому населению при травмах, медико-социальная характеристика получивших травмы, разработаны мероприятия по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи при травмах, в том числе по профилактике травм.

В качестве базы исследования была выбрана клиническая больница № 21 г. Уфа, в составе которой функционирует травматологический пункт.

Структурно травматологический пункт имеет кабинеты первичного и повторного приемов больных, перевязочную, прививочный кабинет, операционную, гипсовую, рентген-кабинет, а также ординаторскую и комнату для отдыха среднего медицинского персонала, кабинет заведующего отделением и регистратуру.

Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012г. №901н «порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "травматология и ортопедия" медицинская помощь оказывается в виде: первичной медико-санитарной помощи; скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях: амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Согласно методическим рекомендациям № 98/62 «Совершенствование амбулаторной травматологической помощи в городах», разработанным ФГУ

«РНИИТО им. Р.Р. Введена» в 1999 году и утвержденным МЗ РФ за № 98/62 от 12.03.1999г., врачами травматолога-ортопедических отделений поликлиник при наличии необходимых условий должны выполняться следующие операции:

- первичная хирургическая обработка ран;
- репозиция переломов: лучевой кости в типичном месте, наружной лодыжки, фаланг кисти и стопы, ключицы, костей запястья, предплечья у детей;
- остеосинтез спицами при переломах фаланг пальцев, пястных костей, фаланг стопы (до трех);
- вправление вывихов в плечевом суставе, акромиально-ключичном сочленении, нижнечелюстном, межфаланговых суставах;
- шов сухожилий разгибателей пальцев и кисти;
- свободная кожная пластика при ограниченных дефектах пальцев кисти;
- удаление инородных тел;
- различные виды блокад, пункции и эвакуации гематом.

Исследование состояли из 6 этапов, для каждого этапа определены предмет исследования, материалы и методы исследования и объем наблюдения (табл. 2.1).

На первом этапе исследования были изучены показатели травматизма за 2010-2015 гг. Из отчетной формы № 57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин» взяты данные о травмах с учетом их вида и локализации. Определена распространенность травматизма на 1000 взрослого населения, уровень и доля транспортных, уличных и бытовых травм, других внешних травм, уровень травматизма среди мужчин и женщин (табл. 2.1).

Новая отчетная форма № 57, внедренная с 2016 года, содержит неполную информацию для анализа травматизма. По данным данной отчетной формы можно проанализировать только уровень травматизма в целом и по отдельным локализациям травмы. В отчетной форме нет сведений о гендерных данных, не выделены возрастные группы. Не представляется возможным определить уровень бытового, уличного травматизма.

Таблица 2.1 – 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. Уфа.			
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 травматологический пункт	Анкета	650 пациентов, обратившихся в травматологический пункт
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 травматологический пункт по поводу травм	Данные МИАЦ об обращениях травмированных лиц в травматологический пункт	25880 обращений
2.	Организация медицинской помощи при травмах в травматологическом пункте	Форма №4-АР «амбулаторно-травматологическая карточка в травматологическом	1575 пациентов

		пункте», и медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях	
3.	Организация профилактики травм в медицинских организациях	Форма № 70 "Сведения о деятельности центра медицинской профилактики", форма № 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»	Выкопировка, 3 формы
2.	Разработка памяток, информационных листов для населения и пациентов		

На втором этапе проведено анкетирование пациентов, целью которого явилось социально-гигиеническая характеристика пациентов, изучение образа их жизни, причин получения травмы, уровня информированности о причинах травм, травмоопасности. Анкетированием охвачено 650 человек, получивших травму. Анкетирование проводилось в травматологическом пункте, куда обращались пациенты с травмами. Для проведения исследования разработана анкета, которая включала 72 признака, позволяющие дать характеристику пациентов по демографическим данным, образу жизни, медицинской активности, оценку мнения доступности медицинской помощи.

Обоснование необходимого объема наблюдений проводилось по методике К.А. Отдельновой. Данный объем выборки соответствует точности исследования $K=0,1$ (исследование повышенной точности) при коэффициенте достоверности $t=3,0$ и вероятности прогноза $p=0,99$ (таблица 2.2).

Объем наблюдения 650 человек, получивших травму, соответствует 95% вероятности достоверности результатов исследования. Для оценки факторов риска получения травм и уровня информированности пациентов о причинах травм в исследование включены 390 пациентов с травмами и 380 пациентов, обратившихся в поликлинику больницы № 21 г. Уфа 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. Уфа.

Таблица 2.2 – Определение необходимого объема выборки по методике К.А. Отдельновой (1980)

Вид исследования	Желаемая точность исследования (К)	Степень достоверности		
		T=2,0 P<0,05	T=2,5 P<0,05	T=3,0 P<0,05
1	2	3	4	5
1. Ориентировочное знакомство	0,5	16	25	38
	0,4	25	39	56
	0,3	44	69	100

продолжение таблицы

1	2	3	4	5
1. Исследование средней точности	0,2	100	156	225
2. Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

В процессе анализа нами были отобраны значимые признаки и рассчитаны частота каждого значения признаков у пациентов в группах сравнения. В ходе анализа был проведен анализ информативности 25 социально-гигиенических, клинико-статистических и медико-организационных признаков с помощью критерия χ^2 . Результаты исследования показали, что информативными оказались 8 признаков. Использовались методы: статистический, аналитический и социологический. Статистическая обработка проводилась программным продуктом Microsoft Office Excel. По разработанной 10 балльной шкале оценивалось информированность о причинах травм.

На третьем этапе анализирована организация медицинской помощи взрослому населению г. Уфа в травматологическом пункте поликлиники больницы № 21. Травматологический пункт обслуживает население с численностью 383 683 человек. Для анализа клинико-статистических данных были использованы материалы медицинского информационно аналитического центра (МИАЦ). Объем информации составил 25880 обращений.

Определена структура обратившихся по полу и возрасту и структура травм по видам локализации в отдельных возрастных группах среди лиц обоего пола, а также среди мужчин и женщин. Рассчитан средний возраст лиц, получивших травму.

Анализирована динамика обращений по месяцам года, дням недели и времени суток, а также с учетом вида повреждения. Исследованы сроки 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 травмы.

При анализе использованы абсолютные, относительные и средние величины. Обработка проводилась программным пакетом для статистического анализа. Проведена оценка достоверности различий средних и относительных величин.

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". Проанализированы сроки оказания медицинской помощи, объем и виды обследований, манипуляций, исходы лечения. Проведено хронометражное наблюдение 54 пациентов, получавших лечение в травматологическом пункте, 3 врачей-травматологов (15 измерений).

Учетными документами явились: форма №4-АР «Амбулаторно-травматологическая карточка в травмпункте» и «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях Ф-025/у». Определялась длительность ожидания врача-травматолога-ортопеда, рентген обследования, манипуляций и т.д.

Методами исследования явились: статистический и аналитический методы и метод экспертных оценок. Статистическая обработка проводилась программным продуктом Microsoft Office Excel.

Изучение удовлетворенности пациентов доступностью медицинской помощи проведено по таким критериям, как сроки ожидания записи на прием к врачу-травматологу, сроки ожидания приема врача, сроки ожидания выполнения обследований, длительность лечения, удовлетворенность пациентов уровнем квалификации врачей-травматологов, отношением персонала. Анкетированием охвачены те же 650 пациентов.

На пятом этапе изучена организация профилактических мероприятий, проводимых медицинскими работниками, анализированы отчетные материалы

Республиканского центра медицинской профилактики и врачей-специалистов медицинских организаций. Материалами послужили отчетные данные врачей специалистов о санитарно-просветительской работе среди пациентов, объем проведенных бесед, лекций, выпущенных санитарных бюллетеней, проведенных акций.

На шестом этапе были разработаны предложения по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи при травмах и по профилактике травм среди населения. Для оценки эффективности проведенных мероприятий были изучены показатели травматизма за 2016-2018 гг., проведены повторные хронометражные наблюдения затрат времени пациента, определены уровень травмонастороженности и информированности пациентов о причинах травм путем анкетирования.

Статистическая обработка полученного материала осуществлялась на основе общепринятых статистических методов: распределение признаков по группам, сводка их в аналитические таблицы. Проводился расчет относительных и средних величин, определение достоверности результатов исследования с использованием параметрических методов (критерий Стьюдента) и непараметрических методов (критерий χ^2), взаимосвязи между показателями (регрессионный и корреляционный анализ) (Реброва О.Ю., 2002; Зайцев В.М. и соавт., 2006). Обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistika 10.

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

ГЛАВА 3. ДИНАМИКА УРОВНЯ И СТРУКТУРЫ ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ г. УФА

3.1. Уровень и структура травматизма среди взрослого населения г. Уфа за 2010-2015 гг.

Травматизм изучили с 2010 по 2015 гг. по данным формы ФСН №57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин». Анализ показал, что в 2010гг. уровень травматизма составил 128,0 на 1000 взрослого населения. Далее показатель снизился: в 2011 г. составил 140,2 на 1000 взрослого населения, в 2012 г. – 115,8 на 1000 взрослого населения, в 2013 г. – 114,5 на 1000 взрослого населения (рис. 3.1).

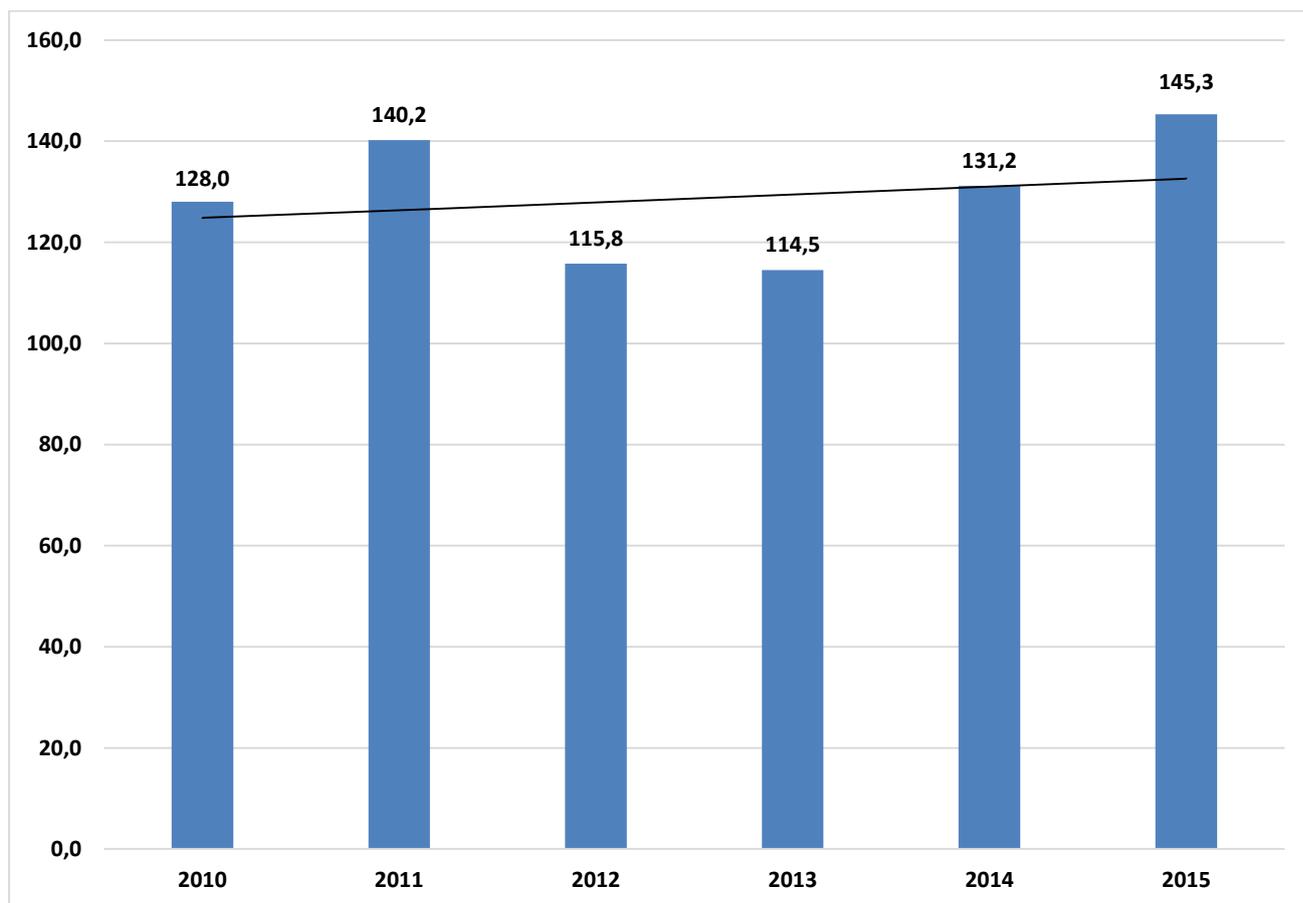


Рисунок 3.1 – Уровень травматизма среди взрослого населения города Уфы за 2010- 2015 гг., на 1000 взрослого населения

Таким образом, показатель травматизма в 2013 г. имел минимальный уровень. В последующие годы уровень травматизма возрос и составил в 2014 г. 131,2 на 1000 взрослого населения, в 2015 г. – 145,3 на 1000 взрослого населения. По сравнению с базисным периодом травматизм в 2015г. возрос 13,5%.

При изучении структуры травматизма по характеру повреждений за 2010-2015гг. по данным официальной статистики выяснилось, что лидирующую позицию в структуре травматизма занимали поверхностные травмы, доля которых составила 34,1% от всех случаев травм в 2010 г. и 26,3% – в 2015 г. (табл. 3.1).

Таблица 3.1 – Структура травматизма по характеру повреждений среди взрослого населения города Уфы в 2010 и 2015гг., %

Характер повреждений	Годы	
	2010	2015
Поверхностные травмы	34,1	26,3
Открытые раны, травмы кровеносных сосудов	16,8	15,4
Переломы черепа и лицевых костей, внутричерепные травмы	1,8	4,7
Травмы глаза и глазницы	7,1	12,0
Переломы костей верхней конечности, в т.ч. перелом нижнего конца лучевой кости, сочетанный перелом нижних концов локтевой и лучевой кости	7,9	9,9
Переломы костей нижней конечности, в т.ч. перелом нижнего конца бедренной кости	6,9	7,9
Переломы позвоночника, костей туловища, других и неуточненных областей тела	2,6	3,7
Вывихи, растяжения и перенапряжение капсульно-связочного аппарата суставов, травмы мышц и сухожилий	18,7	15,2
Термические и химические ожоги	2,7	2,2
Прочие	1,4	2,7
Всего	100,0	100,0

Второе место в структуре травматизма заняли переломы (в 2010 г. 17,4%, в 2015 г. 21,5%). Как видно доля переломов в 2015 г. значительно возросла. Доля переломов костей верхней конечности от всех случаев травм составила 7,9% в 2010 г. и 9,9% в 2015г., переломы костей нижней конечности соответственно 6,9% и 7,9%, переломы позвоночника, костей туловища, переломы черепа и лицевых костей, 2,6% и 3,7%. Третье место в 2010 г. в структуре травм занимали вывихи, растяжения и перенапряжения капсульно-связочного аппарата суставов, травмы мышц и сухожилий (18,7%), в 2015 г. – открытые раны (15,4%). На четвертом месте в структуре травматизма в 2010г. были открытые раны, травмы кровеносных сосудов (16,8%), в 2015 г. – вывихи, растяжения и перенапряжения капсульно-связочного аппарата суставов, травмы мышц и сухожилий (15,2%).

За годы наблюдения отмечалось преобладание уровня травматизма среди мужского населения (рис. 3.2).

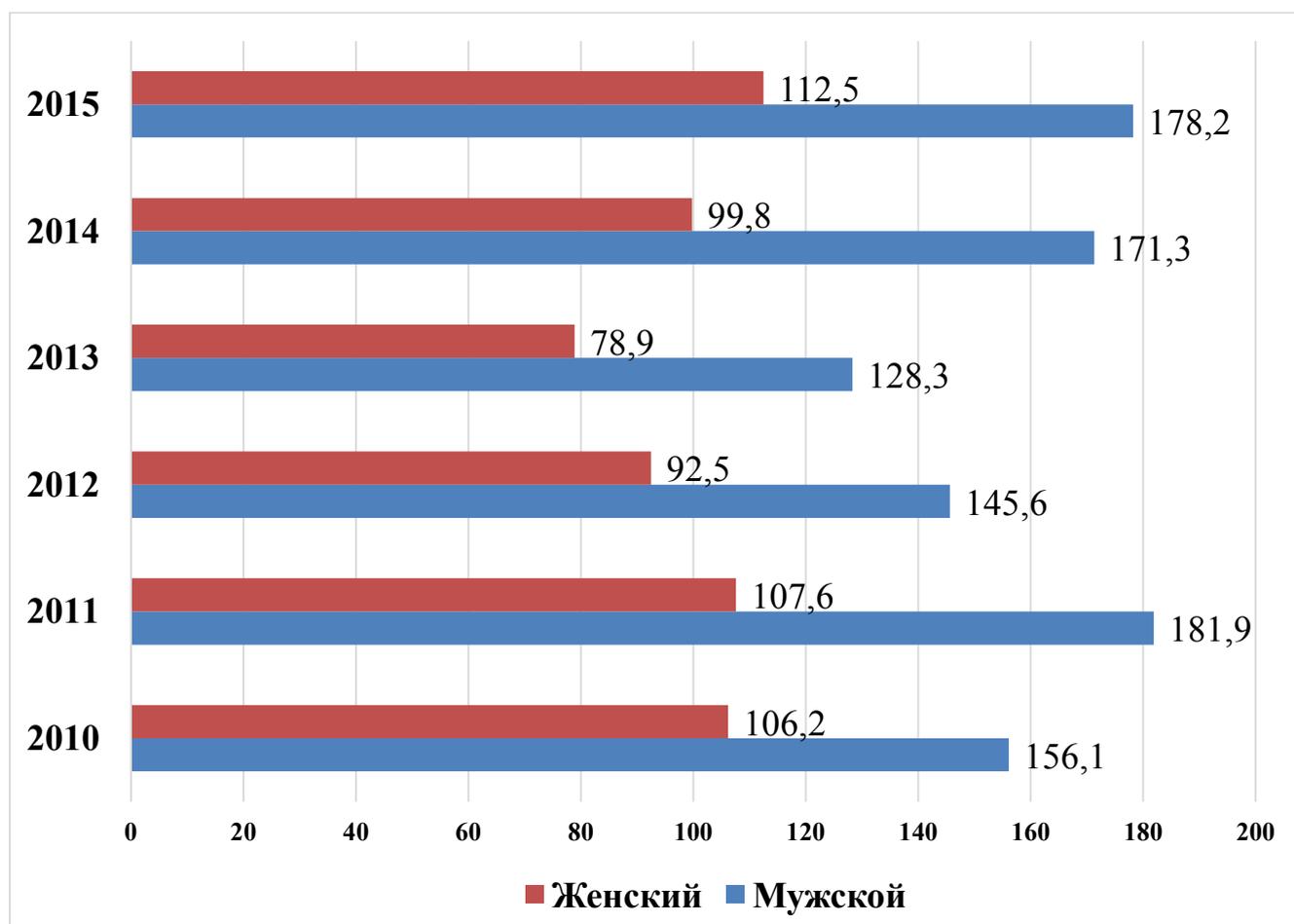


Рисунок 3.2 – Показатели травматизма среди взрослого населения г. Уфы по полу за 2010-2015гг.

Среди мужчин травматизм увеличился за эти годы с 156,1 случая до 178,2 случая на 1000 мужского населения (на 14,1%), среди женщин – с 106,2 случая до 112,5 случая на 1000 женского населения (на 6,0%)

Таблица 3.2 – Показатели травматизма среди взрослого населения города Уфы за 2010-2015гг., на 1000 взрослого населения

Год	Травматизм		
	Мужской	Женский	Оба пола
2010	156,1	106,2	128,0
2011	181,9	107,6	140,2
2012	145,6	92,5	115,8
2013	128,3	78,9	114,5
2014	171,3	99,8	131,2
2015	178,2	112,5	145,3

Определение доли мужчин и женщин в структуре травмированных лиц показало, что за все годы мужчины составили 55,0-57,0% (таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Структура травматизма по полу среди взрослого населения города Уфы за 2010-2015гг., %

Пол	Годы					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Мужчины	55,9	57,0	55,2	55,8	57,3	54,9
Женщины	44,1	43,0	44,8	44,2	42,7	45,1
Оба пола	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Анализ частоты производственных и непроизводственных травм показал, что уровень травматизма, не связанных с производством, в динамике возрос с 125,3 на 1000 взрослого населения в 2010 г. до 141,8 на 1000 населения в 2015г. со значительным снижением в 2013г. (98,4 на 1000 взрослого населения). Он был выше за все годы наблюдения среди мужчин в 1,5-1,6 раза.

Уровень травматизма, связанный с производством, в 2010 г. составил 3,5 на 1000 взрослого населения, в 2015г. – 3,8 на 1000 взрослого населения, т.е. возрос на 22,5%.

Изучение динамики данного вида травматизма показало, что данный вид травматизма в 2013 и 2014гг. был значительно ниже (2,1 и 1,9 на 1000 взрослого населения) (табл. 3.4).

Таблица 3.4 – Показатели травматизма среди взрослого населения города Уфы за 2010-2015гг., на 1000 взрослого населения

Год	Травматизм, не связанный с производством			Травматизм, связанный с производством		
	Мужской	Женский	Оба пола	Мужской	Женский	Оба пола
2010	150,2	103,8	125,3	5,9	2,4	3,5
2011	177,0	105,3	137,5	4,9	2,3	2,5
2012	142,3	90,5	113,2	4,3	2,0	2,6
2013	125,3	77,5	112,4	3,0	1,4	2,1
2014	166,8	98,4	129,3	4,5	1,4	1,9
2015	173,2	110,0	143,1	5,2	2,5	3,8

Производственный травматизм более чем в 2 раза оказался выше среди мужчин, что связано, вероятно, с большей занятостью мужчин на предприятиях с тяжелыми и вредными условиями труда (рис. 3.3).

Первое место в структуре травматизма по его видам в разные годы исследуемого периода занимал бытовой травматизм, причем доля бытовых травм в динамике возросла с 64,5% в 2010 г. до 70,5% в 2015 г. (табл. 3.5).

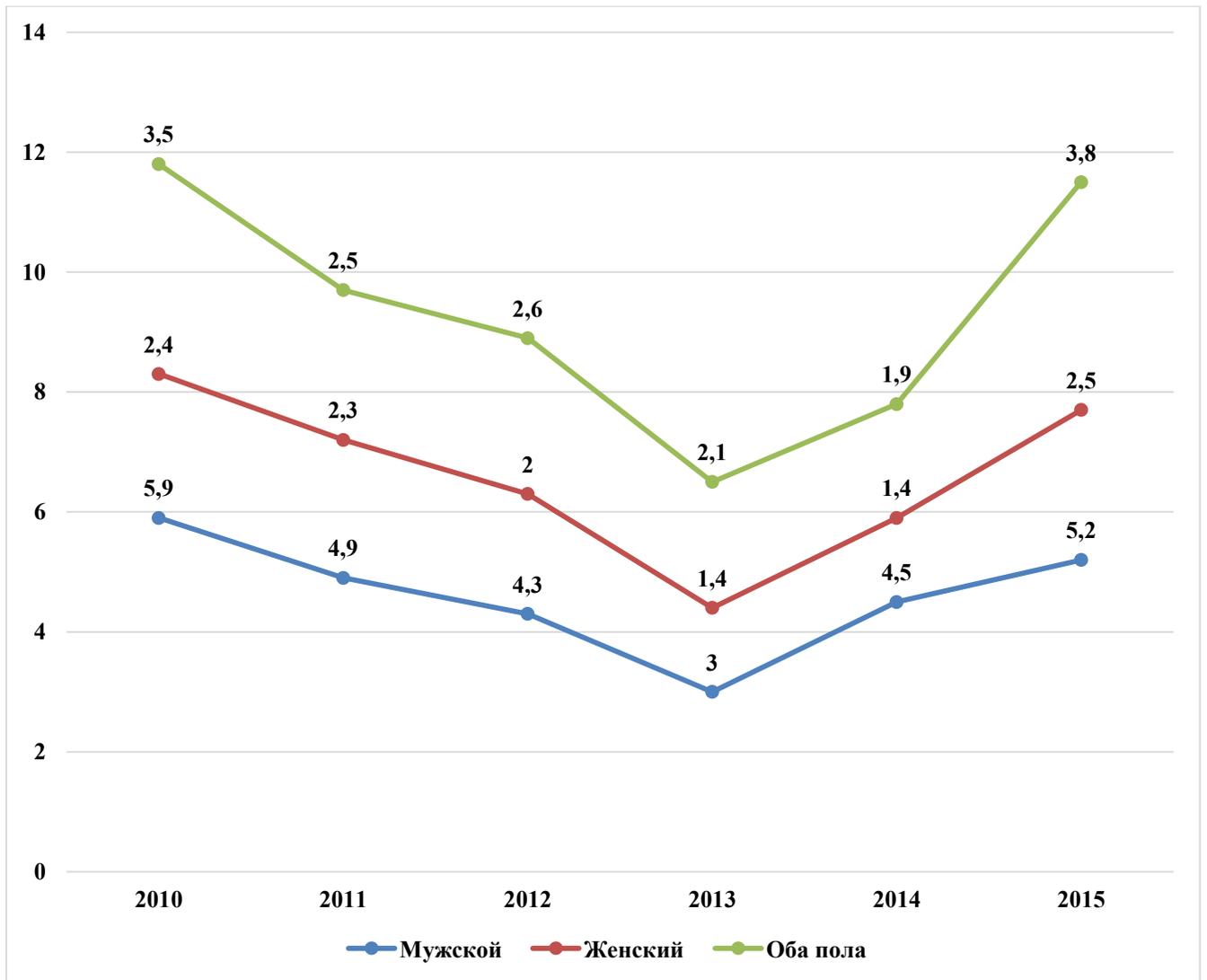


Рисунок 3.3 – Динамика производственного травматизма среди взрослого населения г. Уфы за 2010-2015 гг., в расчете на 1000 человек.

Уровень бытового травматизма вырос с 94,9 на 1000 человек взрослого населения в 2010 г. до 102,4 на 1000 человек взрослого населения в 2015 г. Однако в 2012-2013 гг. произошло некоторое снижение данного показателя, по сравнению с начальным периодом наблюдения (табл. 3.6).

Второе место в структуре травматизма занял уличный травматизм. Доля этих травм в динамике снизилась с 27,3% до 20,9%. При стабильно положительной динамике данного показателя произошло резкое увеличение в 2014 г. (35,2 на 1000 взрослого населения). Третье место в структуре травматизма по его видам за все годы изучаемого периода занимал травматизм, связанный с

производством, причем доля его колебалась за 2010-2015гг. с 2,7% до 2,6%. На четвертом месте оказался транспортный травматизм (1,3%), на пятом месте спортивный травматизм (0,3-0,5%).

Таблица 3.5 – Структура травматизма среди взрослого населения города Уфы за 2010-2015гг. по видам травм, %

Вид травмы	Годы					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Бытовые	64,5	66,0	66,5	76,4	58,2	70,5
Уличные	27,3	25,9	21,7	17,3	26,8	20,9
Транспортные	1,3	1,3	1,1	0,9	1,2	1,3
Спортивные	0,3	0,3	0,5	1,0	0,6	0,5
Связанные с производством	2,7	2,5	2,6	2,1	1,9	2,6
Прочие	3,9	4,1	7,5	2,3	11,3	3,2
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 3.6 – Уровень травматизма среди взрослого населения города Уфы за 2010-2015гг. по видам травм, на 1000 взрослого населения

Вид травмы	Годы					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Бытовые	82,6	92,5	77,0	87,2	76,4	102,4
Уличные	34,9	36,3	25,1	19,8	35,2	30,4
Транспортные, в т.ч. автодорожные	1,7	1,9	1,3	1,0	1,6	1,9
Спортивные	0,4	0,4	0,6	1,1	0,7	0,6
Связанные с производством	3,5	2,5	2,6	2,1	1,9	3,8
Прочие	5,8	5,7	8,4	2,6	1,9	2,6
Всего	128,0	140,2	115,8	114,5	131,2	145,3

Изучение структуры повреждений в зависимости от вида травм показало, что в структуре бытовых травм поверхностные травмы составили 26,5%, открытые травмы кровеносных сосудов – 15,4%, вывихи, растяжения и перенапряжение капсульно-связочного аппарата суставов, травмы мышц и сухожилий – 13,9%, все переломы составили 24,1%, среди них наибольшую часть составили травмы верхних конечностей (табл. 3.7).

Таблица 3.7 – Структура травматизма по характеру повреждений и видам травм среди взрослого населения города Уфы, %

Виды повреждений	Вид травмы						Итого
	Бытовые	Уличные	Транспортные, в т.ч. автомобильные	Спортивные	Связанные с производством	Прочие	
1	2	3	4	5	6	7	8
Поверхностные травмы	26,5	27,4	31,7	33,9	15,4	23,6	26,3
Открытые раны, травмы кровеносных сосудов	15,4	15,3	7,5	5,7	11,8	21,6	15,4
Переломы черепа и лицевых костей, внутричерепные травмы	4,5	3,3	26,0	2,8	2,3	10,8	4,7
Травмы глаза и глазницы	15,8	0,7	0,1	1,6	20,6	0,9	12,0
Переломы костей верхней конечности, в т.ч. перелом нижнего конца лучевой кости, сочетанный перелом нижних концов локтевой и лучевой кости	9,0	14,7	6,7	6,0	4,1	7,0	9,9
Переломы костей нижней конечности, в т.ч. перелом нижнего конца бедренной кости	7,3	10,9	8,8	7,8	4,2	5,6	7,9
Переломы позвоночника, костей туловища, других и неуточненных областей тела	3,3	5,1	7,3	3,3	2,1	4,4	3,7

продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7	8
Вывихи, растяжения и перенапряжение капсульно-связочного аппарата суставов, травмы мышц и сухожилий	13,9	21,1	9,1	38,7	9,3	10,4	15,2
Термические и химические ожоги	2,9	0,1	0,1	0,0	0,8	1,8	2,2
Прочие	1,4	1,4	2,7	0,3	29,4	14,0	2,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В структуре уличных травм большая часть также принадлежала поверхностным травмам (27,4%). В отличие от структуры бытовых травм на втором месте в структуре уличных травм были вывихи, растяжения и перенапряжение капсульно-связочного аппарата суставов, травмы мышц и сухожилий (21,1%). Все переломы заняли 24,0%, то есть столько же, что и в структуре бытовых травм. Распределение по видам повреждения показало, что транспортные и спортивные травмы характеризовались большей долей поверхностных травм (соответственно 31,7% и 33,9%). Среди транспортных травм четвертая часть (26,0%) принадлежала переломам черепа и лицевых костей, внутричерепным травмам, а в составе спортивных травм третья часть (38,7%) были вывихи, растяжения и перенапряжение капсульно-связочного аппарата суставов, травмы мышц и сухожилий. Следует отметить, что производственные травмы отличались большей долей травмы глазницы (20,6%).

Резюме. Таким образом, анализ официальных отчетных данных показал, что по сравнению с базисным периодом (2010г.) уровень травматизм в 2015 г. возрос на 13,5%, с 128,0 до 145,3 случая на 1000 взрослого населения, хотя динамика в течение 6 лет наблюдения была не однонаправленной, имея в 2013г. минимальный уровень (114,2 случая в расчете на 1000 человек). Уровень травматизма среди мужчин оказался выше, чем среди женщин в 1,6 раза. В структуре травмированных лиц они составили 57,0%.

В структуре травм за 2010-2015 гг. по нозологическим формам лидирующую позицию занимали поверхностные травмы, второе место – переломы, третье место – вывихи, растяжения и перенапряжения капсульно-связочного аппарата суставов, травмы мышц и сухожилий и открытые раны.

Среди видов травм первое место заняли бытовые травмы, второе – уличные, третье – травмы, связанные с производством. В динамике уровень бытового травматизма возрос с 82,6 до 102,4 случая на 1000 взрослого населения, то есть на 23,9%, что требует разработки мероприятий по профилактике бытовых травм. Среди бытовых травм первое место принадлежало поверхностным травмам, среди уличных травм – переломам.

3.2 Характеристика травмированных лиц, обратившихся в травмпункт

Распределение обратившихся в травматологический пункт показало, что доля женщин несколько превышала долю мужчин, соответственно 50,9% и 49,1% (табл. 3.8).

Таблица 3.8–Структура обратившихся лиц в травматологический пункт по полу в отдельных возрастных группах, %

Пол	Возрастные группы, лет							Всего
	18-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше	
Мужчины	22,3	60,0	60,3	53,4	43,7	35,3	25,6	49,1
Женщины	77,7	40,0	39,7	46,6	56,3	64,7	74,4	50,9
Оба пола	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Однако в возрастных группах 20-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет доля мужчин была значительно выше, чем доля женщин (соответственно 60,0%, 60,3% и 53,4%). С 50-летнего возраста доля женщин оказалась выше и в возрасте 70 лет и

старше составила 74,4%. В возрастной группе 18-19 лет третью часть обратившихся составили женщины. Эта возрастная группа была малочисленной (0,5%), видимо за счет этого в этой возрастной группе сложилось такое соотношение мужчин и женщин.

Изучение структуры обратившихся лиц в травматологический пункт по возрасту показало, что среди лиц обоего пола четвертая часть (24,1%) принадлежала возрастной группе 30-39 лет (табл. 3.9). Среди мужчин эта возрастная группа также была преобладающей (29,6%). Однако среди мужчин половину составила возрастная группа до 40 лет. Среди женщин преобладала возрастная группа 50-59 лет (19,2%) и 60 лет и старше (32,6%), то есть третью часть составила возрастная группа 60 лет и старше.

Таблица 3.9 – Структура обратившихся лиц в травматологический пункт по полу и возрасту, %

Возрастные группы, лет	Пол					
	Муж		Жен		Оба пола	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
18-19	27	0,2	94	0,7	121	0,4
20-29	2785	22,7	1859	14,6	4644	18,6
30-39	3633	29,6	2395	18,8	6028	24,1
40-49	2055	16,7	1794	14,1	3849	15,4
50-59	1897	15,5	2444	19,2	4341	17,4
60-69	1235	10,1	2260	17,8	3495	14,0
70 лет и старше	646	5,3	1877	14,8	2523	10,1
Всего	12278	100,0	12723	100,0	25000	100,0

В структуре травм у лиц обоего пола 25,7% составили травмы области голеностопного сустава и стопы, 19,8% – травмы запястья и кисти, 16,0% – травмы колена и голени, 11,8% – травмы локтя и предплечья, 11,2% – травмы

грудной клетки. На указанные виды травм пришлось 84,5% всех локализаций (табл. 3.10).

Обращает на себя то, что доля травм области голеностопного сустава и стопы была более значительной в молодых возрастных группах и постепенно снижалась в старших возрастных группах. Например, в возрастной группе 18-19 лет доля данной локализации составила 33,2%, в возрастной группе 20-29 лет - 31,9%, в возрастной группе 30-39 лет – 30,6%, в возрасте 70 лет и старше снижалась до 11,2%. Структура травм запястья и кисти претерпела такую же динамику по возрастам. Их доля была высокой в возрастных группах до 50 лет, затем снижалась.

Таблица 3.10 – Структура травмированных лиц обоего пола, обратившихся по поводу травм в травматологический пункт в зависимости от локализации травмы и возраста пациентов, %

Локализация травмы	Возрастные группы, лет							Итого
	18-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 +	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Травмы головы	2,0	0,5	0,8	0,6	0,4	0,2	0,1	0,5
Травмы шеи	2,5	1,5	1,4	0,6	0,6	0,2	0,3	0,9
Травмы грудной клетки	5,4	6,0	9,6	11,4	12,9	14,1	19,0	11,2
Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза	3,5	4,4	4,7	4,9	3,9	4,0	4,5	4,4
Травмы плечевого пояса и плеча	7,4	5,2	4,9	6,8	7,7	10,4	14,8	7,4
Травмы локтя и предплечья	7,4	7,8	8,5	9,1	14,5	17,7	19,9	11,8
Травмы запястья и кисти	23,8	26,4	22,3	20,7	16,5	14,9	11,0	19,8

продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Травмы области тазобедренного сустава и бедра	2,5	2,2	2,0	1,9	2,3	2,4	3,3	2,3
Травмы колена и голени	12,4	14,2	15,2	15,9	18,1	17,5	15,9	16,0
Травмы области голеностопного сустава и стопы	33,2	31,9	30,6	28,0	23,0	18,5	11,2	25,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Аналогичная структура травм по видам локализации выявлена у мужчин (табл. 3.11). Однако у них доля травмы области голеностопного сустава и стопы и травмы запястья и кисти заняли одинаковую долю (24,7% и 24,0%).

Таблица 3.11 – Структура травм мужчин по поводу травм в травматологические пункты в зависимости от локализации травмы и возраста пациентов, %

Локализация травмы	Возрастные группы, лет							Итого
	18-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 +	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Травмы головы	1,7	0,4	0,7	0,5	0,6	0,2	0,4	0,5
Травмы шеи	1,7	1,1	1,0	0,6	0,6	0,2	0,2	0,8
Травмы грудной клетки	4,2	7,1	12,4	16,0	19,9	22,9	28,9	14,4
Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза	1,7	2,6	3,1	3,2	2,2	4,1	5,3	3,0
Травмы плечевого пояса и плеча	9,3	5,9	5,6	7,6	9,6	11,8	14,4	7,6

продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Травмы локтя и предплечья	5,1	7,4	7,9	7,6	9,5	7,9	11,8	8,1
Травмы запястья и кисти	33,1	30,5	25,3	23,3	18,6	17,3	13,2	24,0
Травмы области тазобедренного сустава и бедра	2,5	2,2	2,2	2,2	2,7	2,4	3,5	2,4
Травмы колена и голени	10,2	13,3	15,2	14,6	15,5	14,2	13,3	14,4
Травмы области голеностопного сустава и стопы	30,5	29,5	26,8	24,4	20,8	19,1	9,1	24,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Также одинаковой оказалась доля травм грудной клетки и колена и голени (по 14,4%). Интерес вызывает тот факт, что травмы грудной клетки значительно возрастают в старших возрастных группах, а травмы в области голеностопного сустава почти в 3 раза ниже в возрасте старше 70 лет (9,1%), по сравнению с возрастными группами 18-19 лет (30,5%), 20-29 лет (29,5%), в 30-39 лет (26,8%).

В структуре травм женщин по локализации, оказалась выше, чем в структуре травм мужчин доля травм области голеностопного сустава и стопы (26,8%), травмы колена и голени (17,4%). В тоже время значительно ниже оказалась доля травм запястья и кисти (15,8%, тогда как среди мужчин 24,0%). Также ниже среди женщин значение травм грудной клетки (8,0% против 14,4% у мужчин) (табл. 3.12).

Характерным для женщин является превалирование в молодых возрастных группах травм области голеностопного сустава, травм запястья и кисти, травмы колена и голени, а среди лиц старших возрастных группах - травмы грудной клетки, локтя и предплечья, колена и голени. Выявленные особенности структуры травм по локализации среди мужчин и женщин в отдельных возрастных группах,

Распределение травмированных лиц по полу и возрасту показало, что в структуре повреждений в возрастной группе до 40 лет 40,2% заняли поверхностные раны, 12,8% – открытые раны, 24,0% – переломы, 22,5% - вывихи и растяжения. В других возрастных группах возрастала доля переломом. Так, в возрастной группе 40-49 лет они составили 35,5%, в возрастной группе 60 лет и старше – 44,4% (табл. 3.13).

Таблица 3.13 – Структура травм по типу повреждений и возрасту среди взрослого мужского и женского населения города Уфы, %

Возраст, лет	Тип повреждений					Всего
	Поверхностная травма	Открытая рана	Перелом	Вывихи, растяжения и перенапряжение капсульно-связочного аппарата сустава	Прочие	
Оба пола						
18-39	40,2	12,8	24,0	22,5	0,6	100,0
40-59	33,0	10,2	35,5	20,5	0,9	100,0
60 лет и старше	32,9	7,3	44,4	14,8	0,6	100,0
Всего	36,1	10,6	32,6	20,0	0,7	100,0
Мужчины						
18-39	41,7	16,4	27,7	22,9	0,8	100,0
40-59	31,2	13,0	34,2	17,7	0,9	100,0
60 лет и старше	27,8	9,2	33,4	10,0	0,8	100,0
Всего	35,6	13,9	30,9	18,7	0,8	100,0
Женщины						
18-39	47,8	10,5	24,2	27,2	0,4	100,0
40-59	35,1	7,5	37,1	23,5	1,0	100,0
60 лет и старше	28,1	4,6	39,9	13,3	0,4	100,0
Всего	36,4	7,4	34,1	20,9	0,6	100,0

Резюме. Распределение пациентов с травмами, обратившихся в травматологических пункт, показало, что доля женщин несколько превышала долю мужчин, соответственно 50,9% и 49,1%. В структуре травмированных лиц обоего пола четвертая часть (24,1%) принадлежала возрастной группе 30-39 лет.

Среди мужчин в возрасте до 40 лет было половина пациентов, а среди женщин большую часть (32,6%) заняла возрастная группа 60 лет и старше. Особенности уровня и структуры травматизма по полу и возрасту свидетельствует о необходимости проведения профилактики травм дифференцированно с учетом пола и возраста. Наиболее часто травмам подвержены область голеностопного сустава и стопы, запястья и кисти, колена и голени.

ГЛАВА 4 . СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧИВШИХ ТРАВМЫ

В ходе исследования путем социологического опроса 650 травмированных пациентов, обратившихся к врачу-травматологу Городской клинической больницы № 21» г. Уфы, была дана их социально-гигиеническая характеристика.

Распределение по возрасту показало, что среди обследованных 0,6% были в возрастной группе 18-19 лет, 18,5% – в 20-29 лет, 23,8% – в 30-39 лет, 15,7% – в 40-49 лет, 16,9% – 50-59 лет, 14,5% – в 60-69 лет и 10,0% – в возрасте 70 лет и старше. Каждый второй респондент оказался моложе 50 лет (рис. 4.1).

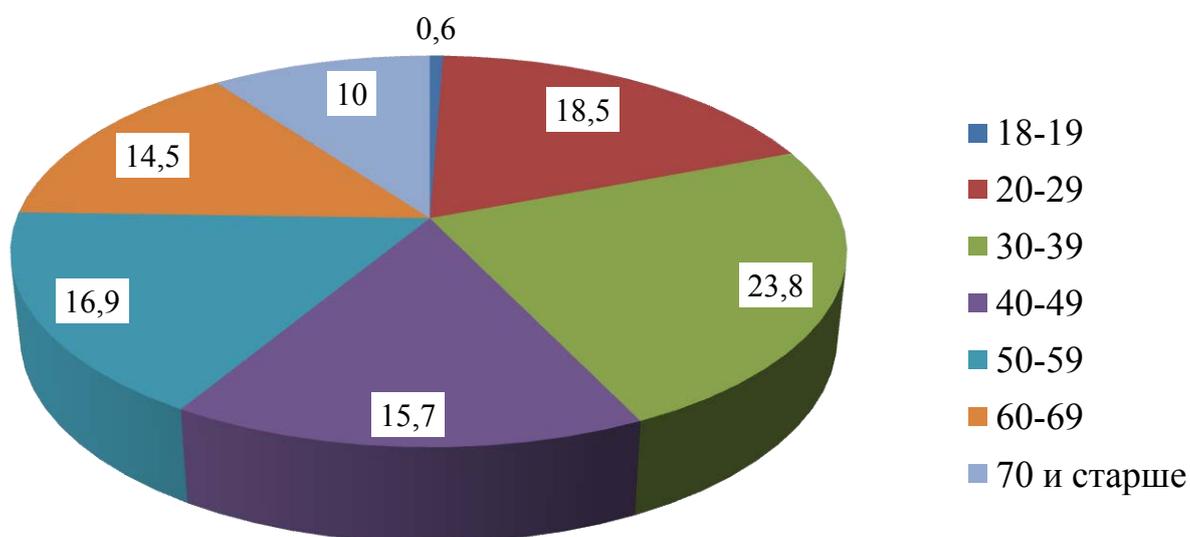


Рисунок 4.1 – Структура травмированных пациентов по возрасту, %

Среди опрошенных пациентов 51,7% составили мужчины и 48,3% женщины. Мужчины преобладали в более молодых возрастных группах. Так, в возрастной группе 18-19 лет доля мужчин составила 8,9%, в 20-29 лет – 10,0%, в 30-39 лет – 31,4%, в 40-49 лет – 9,3%. В старших возрастных группах преобладали

женщины. В возрастной группе 50-59 лет женщины составили 58,0%, в 60-69 лет – 57,4%. В возрастной группе 70 лет и старше доля женщин достигала 59,2% (табл. 4.1).

Таблица 4.1 – Распределение пациентов по возрастным группам и полу, %

Пол	Возраст, лет							Итого
	18-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше	
Мужчины	59,5	59,8	62,7	54,7	58,0	42,6	40,8	51,7
Женщины	40,5	40,2	37,3	45,3	42,0	57,4	59,2	48,3
Оба пола	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100

В целом средний возраст респондентов составил $49,7 \pm 1,5$ лет, у мужчин он был статистически значимо ниже, чем у женщин ($46,8 \pm 1,7$ и $52,4 \pm 1,7$; $p < 0,05$).

Одним из факторов высокого травматизма населения является их сознательное отношение к своему здоровью, осторожность, знание правил дорожного движения. Бережное отношение к своему здоровью и факторы риска травматизма зависят от многих причин. Прежде всего, уровень образования определяет поведение человека, в том числе и по предупреждению травм и опасных ситуаций.

По нашим данным почти третья часть травмированных 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. Доля лиц с высшим образованием была больше (33,2%) среди женщин, чем среди мужчин (29,8%). Среди мужчин 38,4%, среди женщин 41,2% имели среднее специальное образование, соответственно 27,3% и 22,4% – среднее общее образование, 4,5% и 3,2% были обучающимися.

Семейное неблагополучие, частые стрессовые ситуации на работе и в быту могут являться причиной травм. Среди пациентов 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 58,6% состояли в

браке, 18,7% не состояли в браке, 10,8% - жили гражданским браком, 6,4% - разведены, 5,5% – вдовы. Женщины отличались от мужчин тем, что среди них было больше вдовых (15,6%), 52,8% состояли в браке, 18,6% – не состояли в браке, 5,5% жили в гражданском браке, 6,5% разведены.

Характеристика травмированных пациентов по условиям быта показало, что 48,3% живут в собственной квартире, 20,7% живут в своем доме, 13,3% снимают жилье, 9,9% – живут в общежитии, 7,8% – в коммунальной квартире. Гендерных отличий по месту проживания респондентов не выявлено ($\chi^2=0,25$; $p>0,05$) (табл. 4.2).

Таблица 4.2 – Распределение пациентов, получивших травму, по полу и месту жительства, %

Место жительства	Пол		
	Муж	Жен	Оба пола
Съемное жилье	12,4	14,2	13,3
Общежитие	10,7	9,1	9,9
Коммунальная квартира	7,4	8,2	7,8
Частный дом	21,9	19,5	20,7
Благоустроенная квартира	47,6	49,0	48,3
Всего	100,0	100,0	100,0

Анализ места жительства респондентов в зависимости от возраста показал, что снимают жилье и проживают в общежитии в основном лица молодого возраста. В возрасте 18-19 лет таковых было соответственно 36,4% и 18,2%, в 20-29 лет – 28,4% и 20,2%, 30-39 лет – 18,0% и 15,0%. Коммунальная квартира местом жительства оказалась больше для лиц в возрастных группах 20-29 лет (11,1%), 30-39 лет (9,0%), 40-49 лет (9,8%), 50-59 лет (7,9%). Наибольшая доля лиц, проживающих в частном доме, относилась к возрастным группам 50-59 лет (27,7%), 60-69 лет (31,9%). В собственной благоустроенной квартире проживали в возрастной группе 18-19 лет (31,8%) и 20-29 лет (30,3%) человек (табл. 4.3).

Таблица 4.3 – Распределение пациентов, получивших травму, по возрасту и месту жительства, %

Место жительства	Возраст, лет							Итого
	18- 19	20- 29	30- 39	40- 49	50- 59	60- 69	70 и старше	
Съемное жилье	36,4	28,4	18,0	7,6	3,0	1,1	1,1	13,3
Общежитие	18,2	20,2	15,0	8,7	4,0	2,1	1,1	9,9
Коммунальная квартира	6,1	11,0	9,0	9,8	7,9	5,3	4,6	7,8
Частный дом	7,6	10,1	18,0	23,9	27,7	31,9	24,1	20,7
Благоустроенная квартира	31,8	30,3	40,0	50,0	57,4	59,6	69,0	48,3
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

По мнению пациентов, была проведена оценка жилищных условий. Выяснилось, что 39,6% считают их удовлетворительными, 36,7% – хорошими, 16,4% - плохими, 7,3% - затруднились ответить. Среди мужчин оказалось больше тех, кто оценил условия проживания хорошими (42,0%), среди женщин, больше оценивших их удовлетворительными (42,2%) и плохими (20,8%).

В ходе изучения социального положения обследованных травмированных пациентов было установлено, что каждый второй работал (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%.

Уровень дохода ниже прожиточного минимума указали 64,9% респондентов, остальные считали доход высоким, что составляет на одного члена

семьи более 10 тыс. рублей. Оценка уровня дохода женщинами показало, что среди них больше, чем среди мужчин относившим себя с низким доходом (69,8% и 59,2%) (рис. 4.2).

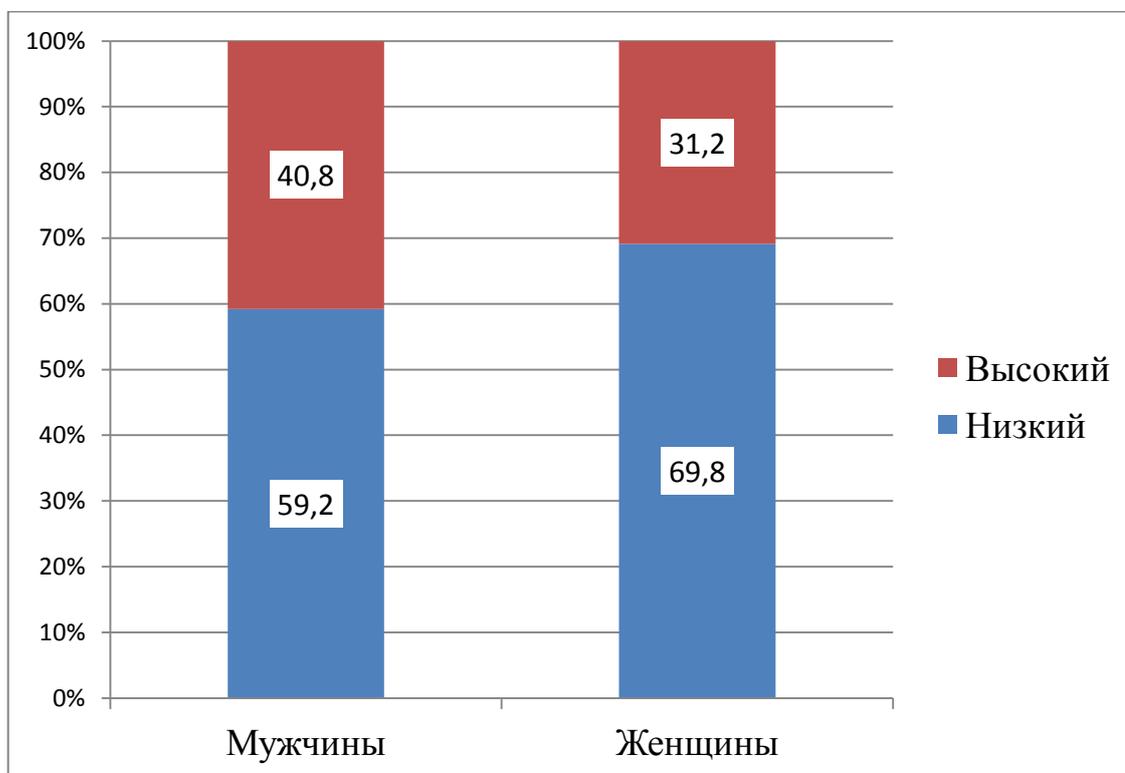


Рисунок 4.2 – Оценка респондентами своего дохода, %

В ходе исследования нами изучен стаж работы и наличие вредных условий труда и работа в ночную смену, так как эти причины могут быть факторами риска травматизма.

Обследованные нами пациенты в основном были с большим стажем работы. Так, стаж работы более 30 лет имели 26,9%, среди мужчин таковых было 24,0%, среди женщин – 29,7%. С меньшим стажем работы (до 5 лет) оказалось 10,6% обследованных, среди мужчин 15,4%, среди женщин 5,7% (табл. 4.4).

Таблица 4.4 – Распределение работающих пациентов по полу в зависимости от стажа работы, %

Стаж работы	Мужчины	Женщины	Оба пола
До 5 лет	15,4	5,7	10,6
6-10 лет	18,3	6,2	12,3
11-15 лет	19,8	12,3	16,1
16-20 лет	7,9	13,2	10,6
21-25 лет	7,7	15,0	11,4
26-30 лет	6,9	17,9	12,4
Более 30 лет	24,0	29,7	26,9
Всего	100,0	100,0	100,0

Из числа работающих респондентов 15,5% работали по графику в ночную смену, в том числе 23,7% несколько раз в неделю, 76,3% несколько раз в месяц. Среди работающих лиц в ночную смену мужчины составили 82,4%, женщины 17,6%.

Наличие вредных факторов на работе отметили 40,6% обследованных пациентов. К вредным факторам респонденты отнесли наличие шума (39,7%), вибрации (12,5%), отсутствие средств защиты от воздействия вредных факторов производства (15,8%). Воздействие на рабочем месте вредных веществ (углеводороды, сероводород, окись углерода, пыль и др.) отметили 57,2%. Кроме того, 44,2% обследованных подвергаются на работе частым стрессовым ситуациям.

Часть жителей получают по пути на работу и с работы. В связи с этим пациенты были распределены на группы в зависимости от того, как они добирались на работу. Анализ показал, что 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. Среди женщин больше пользующихся общественным транспортом

(44,7%), а среди мужчин, больше добирающихся на работу на личном транспорте (32,1%) (табл. 4.5).

Таблица 4.5 – Распределение пациентов по полу в зависимости от того, как добирались до работы, %

Добирались до работы	Мужчины	Женщины	Оба пола
Хожу пешком	20,4	22,0	21,2
На общественном транспорте	39,7	44,7	42,2
Вызываю такси	3,8	5,2	4,5
На личном транспорте	32,1	19,3	25,7
С личным водителем	2,5	5,8	4,2
Другое	1,5	3,0	2,2
Всего	100,0	100,0	100,0

К поведенческим факторам риска травматизма относятся курение, злоупотребление алкоголем. Наши исследования показали, что из числа опрошенных курят 43,3%, причем среди мужчин таковых было 58,4%, среди женщин 28,1%. Из числа курящих 37,4% выкуривают в день до 10 сигарет, в том числе 22,4% мужчин и 52,4%. Среди курящих мужчин 39,5% в течение дня выкуривают от 10 до 20 сигарет, 38,1% более 20 сигарет. Среди курящих женщин 36,7% выкуривают от 10 до 20 сигарет в день и 12,3% – больше 20 сигарет в день (табл. 4.6).

Таблица 4.6 – Распределение респондентов по частоте курения, %

Сколько сигарет вы курите?	Пол		
	Муж	Жен	Оба пола
До 10 сигарет в день	22,4	52,4	37,4
От 10 до 20 сигарет в день	39,5	36,7	34,9
Больше 20 сигарет в день	38,1	12,3	27,7
Всего	100,0	100,0	100,0

Употребляют часто алкоголь 67,4% опрошенных, среди мужчин, употребляющих алкоголь, оказалось 77,2%, среди женщин 39,5%. Изучение частоты потребления алкоголя показало, что каждый день потребляют алкоголь 10,9% респондентов, среди мужчин таковых было 13,5%, среди женщин – 8,4%. С частотой 2 раза в неделю потребляющих алкоголь было 39,2% (среди мужчин – 54,4%, среди женщин – 28,0%), 3-4 раза – 20,3% (24,7% мужчин и 15,9% женщин) (табл. 4.7).

Таблица 4.7 – Распределение респондентов по частоте потребления алкоголя, %

Как часто употребляют алкоголь	Пол		
	Муж	Жен	Оба пола
Каждый день	13,5	8,4	10,9
До 2 раз в неделю	54,4	28,0	39,2
3 – 4 раза в неделю	24,7	15,9	20,3
По праздникам	7,4	47,7	29,6
Всего	100,0	100,0	100,0

Среди видов алкогольных напитков, которые потребляли обследованные, преобладали крепкие спиртные напитки, такие как водка, коньяк, виски и самогон (42,4%). Пиво потребляли 23,9%, вино – 17,6% респондентов. Выявлены различия в предпочтении к определенному виду алкоголя респондентов разных возрастных групп. Предпочтение пиву отдавали 58,9% лиц в возрасте 18-39 лет, 31,2% – в 40-59 лет и 9,9% – в 60 лет и старше, вину – соответственно 48,9%, 29,7%, и 21,4% респондентов ($\chi^2=28,8$; $p<0,001$). Настораживает тот факт, что с возрастом доля лиц, употребляющих крепкие спиртные напитки, увеличивалась с 11,9% в возрасте 18-39 лет до 73,9% в возрасте 60 лет и старше. Женщины больше, чем мужчины отдавали предпочтение вину (29,1% против 6,0%; $p<0,05$), однако практически не отличились предпочтения коньяку и виски (15,7% и 14,8%; $p>0,05$). Наибольшая доля респондентов употребляли спиртные напитки в пятницу (28,0%), субботу (22,4%) и воскресенье (11,7%).

Субъективная оценка здоровья респондентов, как правило, подтверждается при проведении медицинского обследования и поэтому может рассматриваться как важный показатель, отражающий состояние здоровья (рис. 4.3).

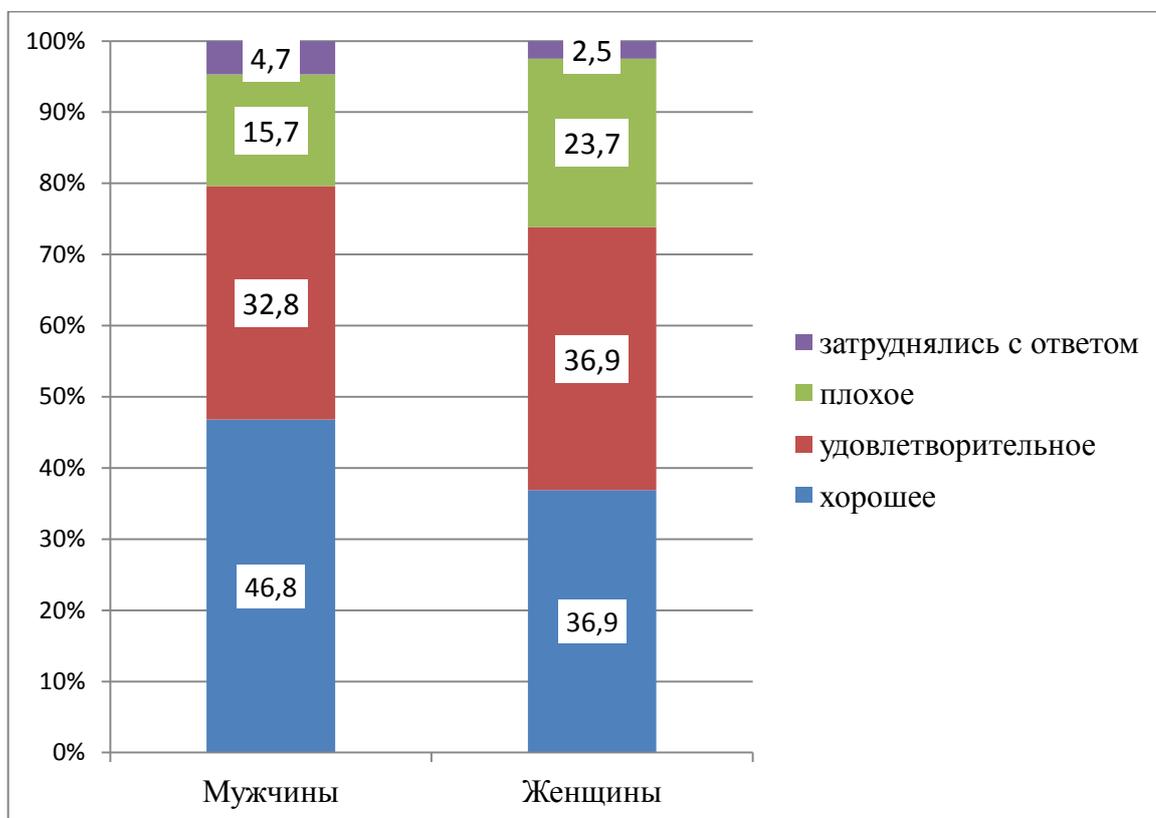


Рисунок 4.3 – Распределение респондентов по состоянию здоровья по данным самооценки, %.

Было установлено, что 11,1% респондентов оценили свое здоровье как отличное, 30,7% – как хорошее, 34,9% – как удовлетворительное, 19,7% – как плохое и 3,6% респондентов затруднялись с ответом. Хотелось отметить, что женщины значительно хуже, чем мужчины оценили свое здоровье. Так, на хорошо оценили свое здоровье 46,8% мужчин и 36,9% женщин, а плохое здоровье отметили 15,7% мужчин и 23,7% женщин.

Часть обращений к врачам-травматологам-ортопедам связано с заболеваниями костно-мышечной системы. К тому же они могут быть причиной получения травмы. По данным исследования 42,1% пациентов имели заболевания костно-мышечной системы (табл. 4.8).

Таблица 4.8 – Распределение травмированных пациентов по наличию заболеваний костно-мышечной системы, %

Заболевания костно – мышечной системы	Пол		
	Муж	Жен	Оба пола
Есть	35,8	48,5	42,1
Нет	55,5	44,2	49,9
Затрудняюсь ответить	8,7	7,3	8,0
Всего	100,0	100,0	100,0

В ходе исследования нами проведен анализ обращений травмированных пациентов в травматологический пункт по дням недели. Значительных отличий в обращениях травмированных лиц по дням недели не наблюдалось. Однако наибольшая доля обследованных получили травмы в субботу (17,7%) и в понедельник (16,2%).

В анкете для травмированных лиц были предусмотрены вопросы открытого типа для изучения причин получения травм. Более половины опрошенных связывают полученную травму причинами в быту. Это, прежде всего, отсутствие 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%), 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) (табл. 4.9).

По некоторым позициям ответы мужчин и женщин отличались. Мужчины чаще, чем женщины, указывали как причину травм условия работы (56,4 на 100 опрошенных мужчины и 49,3 на 100 опрошенных женщины), курение (соответственно 35,7 и 15,2 на 100 опрошенных).

Таблица 4.9 – Информированность пациентов о том, что является причиной травм, на 100 опрошенных

Причины травм	Мужчины	Женщины	Оба пола
Возраст	44,8	56,9	50,2
Условия работы	56,4	49,3	52,8
Условия быта	35,6	44,5	40,4
Плохие дороги и тротуары	74,5	83,2	78,3
Наличие хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата	29,3	48,4	38,6
Злоупотребление алкоголем	48,4	54,3	52,1
Курение	35,5	15,2	24,8
Не соблюдение техники безопасности на работе	35,7	28,4	31,5
Низкая информированность о причинах травм	65,1	60,4	62,4
Низкая травма настороженность	56,3	75,7	65,2
Плохие взаимоотношения в семье	25,8	34,2	29,8
Отсутствие предупредительных знаков о возможных рисках получения травмы	82,0	78,6	79,0

Часть опрошенных лиц считает, что причиной полученной травмы были условия быта, связанные с необходимостью ухода за домашними животными и работами на дачном участке. 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 – ранения колюще-режущими инструментами, 12,5 из 100 человек – во время драки, 6,8 из 100 человек – в

результате укуса животных, 3,8 из 100 человек – дорожно-транспортных происшествий и т.д. Среди мужчин чаще указано получение повреждений 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).

По мнению травмированных лиц падения на лестничных площадках, во дворах, на улице были вызваны гололедом, неровными дорогами, плохим освещением, отсутствием предупредительных знаков о возможности получения травмы.

Информированность о причинах травм и травматологическая настороженность отличалась среди различных медико-социальных групп населения. Результаты исследования показали, что больше половины опрошенных лиц (63,8 на 100 опрошенных) не знали о мерах предупреждения травматизма. Таковых было больше среди лиц с начальным и общим средним образованием (68,4 на 100 опрошенных). Наибольшая информированность отмечалась по поводу возраста, так как почти все респонденты (77,2 на 100 опрошенных) старше 60 лет считают, что фактором риска получения травм является пожилой возраст. Более информированными оказались люди с высшим образованием и занятые в основном умственной работой.

Поведение человека, которое в основном зависит от образа жизни, является значимой причиной получения травм и повреждений. По данным опроса видно, что только половина указали, что потребление алкоголя, курение могут быть основной причиной травм. По ответам респондентов у 33,9 из 100 опрошенных травма получена в состоянии алкогольного опьянения, хотя на самом деле этот показатель может быть выше.

Одной из причин травм является наличие хронических заболеваний отдельных органов и систем. В связи с этим изучили состояние здоровья пациентов с травмами. Из медицинской карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, выкопировали

зарегистрированные хронические заболевания у пациентов, обратившихся в травматологический кабинет по поводу травм. Объем наблюдения составил 350 пациентов. Карта выкопировки отражала пол, возраст пациента, причина обращения к врачу травматологу-ортопеду, хронические заболевания, сопутствующие заболевания костно-мышечной системы.

Результаты исследования свидетельствуют, что наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями по данным, отраженным в медицинской карте пациента, были болезни системы кровообращения, органов пищеварения, эндокринной системы, костно-мышечной системы (табл. 4.10).

Таблица 4.10 – Распространенность хронических заболеваний среди пациентов с травмами, случай на 100 человек соответствующего возраста

Заболевания	Возрастные группы, лет						Итого
	до 30	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	
Сахарный диабет	5,6	0,7	1,0	5,9	18,8	24,3	12,5
Ожирение и излишний вес	4,5	5,4	18,4	15,4	18,5	25,4	11,4
- нервной системы	3,3	4,4	7,5	18,9	8,9	8,2	11,8
- глаза и его придаточного аппарата	6,4	3,0	18,7	11,7	12,8	3,8	12,2
-уха и сосцевидного отростка	3,4	5,9	5,3	7,9	4	6,8	5,0
- системы кровообращения	9,7	11,9	16,6	55,2	75,6	72,5	35,6
- органов дыхания	2,5	10,8	12,6	12,8	19,7	24,9	15,6
- органов пищеварения	5,6	10,8	32,4	24,1	22,3	17,8	28,5
-кожи и подкожной клетчатки	-	3,7	6,2	6,6	3,1	4,2	6,4
-костно-мышечной системы	5,4	9,3	12,4	23,3	47,6	48,7	35,4
Прочие	36,0	59,4	88,2	30,1	83,5	42,6	17,8
Всего	82,4	129,6	219,5	211,9	304,8	258,4	212,2

На 100 обследованных было зарегистрировано 12,5 случаев сахарного диабета, 11,4 случая ожирения, 11,8 заболеваний нервной системы. Наибольшее число зарегистрированных заболеваний касались болезней системы кровообращения (45,6 случая на 100 человек), органов пищеварения (28,4 случая на 100 человек). Наличие хронических заболеваний костно-мышечной системы отмечалась у 35,4 пациентов.

В поликлинике отсутствует оборудование по изучению плотности костной ткани (денситометрия). В связи с этим малая доля пациентов (8,2%) прошли данное исследование и получают профилактическое лечение остеопороза.

Информированность о причинах травм и травматологическая настороженность определялись в баллах от 1 до 10. Чем ниже информированность, тем ниже среднее число баллов. Полученные данные свидетельствуют, что информированность населения о причинах травм и травматологическая настороженности низкие. Ответы респондентов колебались в основном от 2 до 6 баллов. Очень низкая оценка дана своим знаниям о причинах травм лицами, часто потребляющими алкоголь, курящими, имеющими более низкий уровень образования, проживающими в неудовлетворительных жилищных условиях (табл. 4.11).

Таблица 4.11 – Оценка информированности населения и травматологической настороженности в зависимости от социально-гигиенической характеристики пациентов (в баллах)

Учетные признаки	Характеристика респондентов	Среднее количество баллов
1	2	3
Пол	мужчины	5,2
	женщины	4,6
Возраст	до 50 лет	4,4
	после 50 лет	4,8
Образование	Высшее, среднее специальное	5,2
	Среднее общее	4,3

продолжение таблицы

1	2	3
Семейное положение	Состоит в браке	5,2
	Не состоит в браке, разведен	4,4
Жилищные условия	хорошие	5,6
	Удовлетворительные и плохие	4,2
Потребление алкоголя	Частое	3,6
	Редкое	4,8
Курение	курит	3,2
	Не курит	5,8
Социальный статус	Служащий	5,6
	Рабочие профессии	5,2
Занятость	Работает	5,6
	Не работает	5,1
Всего		4,1

Для оценки влияния факторов на травматизм дана оценка значимости различий в распространенности негативных факторов среди основной и контрольной группы. Для формирования группы сравнения из основной группы (обратившихся по поводу травм) были отобраны 390 человек, из контрольной группы (идентичные по полу и возрасту, получающие медицинскую помощь в одном и том же учреждении) были отобраны 380 человек. В процессе анализа нами были отобраны значимые признаки и рассчитаны частота каждого значения признаков у пациентов в группах сравнения. В ходе анализа был проведен анализ информативности 23 социально-гигиенических, клинико-статистических и медико-организационных признаков с помощью критерия χ^2 . Результаты исследования показали, что информативными оказались 8 признаков.

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 $35,8 \pm 2,4$ на 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 $p < 0,01$) (табл. 4.12).

Таблица 4.12 – Социально-гигиеническая характеристика основной и контрольной группы обследованных, на 100 опрошенных

Характеристика пациентов	Основная группа, n= 390	Контрольная группа, n= 380	p = уровень значимости
1	2	3	4
Средний возраст	$54,5 \pm 2,3$	$53,4 \pm 2,5$	$>0,05$
Пол	$51,6 \pm 2,4$	$52,0 \pm 2,5$	$>0,05$
Состоит в зарегистрированном браке	$53,8 \pm 2,4$	$55,0 \pm 2,5$	$>0,05$
Не состоит в браке	$18,1 \pm 1,8$	$17,2 \pm 1,9$	$>0,05$
Состоит в гражданском браке	$7,7 \pm 1,3$	$7,9 \pm 1,3$	$>0,05$
Разведен (а)	$9,3 \pm 1,4$	$10,0 \pm 1,4$	$>0,05$
Вдова (вдовец)	$11,1 \pm 1,5$	$9,8 \pm 1,4$	$>0,05$
Имеет высшее образование	$31,5 \pm 2,2$	$33,0 \pm 2,4$	$>0,05$
Имеет среднее специальное образование	$39,9 \pm 2,3$	$43,4 \pm 2,6$	$>0,05$
Имеет среднее общее образование	$24,3 \pm 2,0$	$20,4 \pm 2,4$	$>0,05$
Проживает в частном доме	$20,7 \pm 2,0$	$12,3 \pm 1,6$	$<0,01$
Проживает в общежитии	$9,9 \pm 1,7$	$5,7 \pm 1,2$	$<0,001$
Проживает в коммунальной квартире	$7,8 \pm 1,3$	$2,5 \pm 0,7$	$<0,05$

продолжение таблицы

1	2	3	4
Занят на рабочих специальностях	55,6±2,3	35,8±2,4	<0,001
Безработный	9,5±1,4	5,3±1,1	<0,05
Имеет избыточный вес	38,5±2,3	23,4±2,1	<0,001
Злоупотребляет алкоголем	10,9±1,1	4,8±0,7	<0,001
Курит	65,3±2,2	43,8±2,5	<0,001
Часто подвергается стрессам	44,4±2,3	50,2±2,5	>0,05
Работа связана необходимостью работы в ночную смену	15,5±1,7	12,6±1,6	>0,05
На работу и с работы добирается пешком	21,2±1,9	23,4±2,1	>0,05
Проводит профилактику заболеваний костно-мышечной системы	7,8±1,3	15,4±1,8	<0,01
Характерна гиподинамия	47,5±2,4	36,9±2,4	<0,01

Резюме. Медико-социальная характеристика травмированных лиц показала, что почти третья часть травмированных имели высшее образование (31,5%), 39,9% - среднее специальное образование, 24,3% - среднее общее образование, 4,3% обучались в средних специальных и высших учебных заведениях.

Среди пациентов 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 было больше вдовых (15,6%). Половина живут в собственной квартире, 20,2% живут в своем доме, 13,3% снимают жилье, 9,6% – живут в общежитии, 10,8% – в коммунальной квартире. Каждый второй работает (55,0%), причем среди них на рабочих специальностях были заняты 55,6% респондентов, к служащим было отнесено 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.

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. Из числа опрошенных часто курят 57,3%, причем среди мужчин таковых было 78,4%, среди женщин 28,1%, из них десятая часть алкоголь потребляет ежедневно.

Информированность населения о причинах травм и травма настороженности низкие. Ответы респондентов колебались в основном от 2 до 6 баллов. Очень низкая оценка дана своим знаниям о причинах травм лицами, потребляющими алкоголь часто, курящими, имеющими более низкий уровень образования, проживающими в неудовлетворительных жилищных условиях.

ГЛАВА 5. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Г. УФА ПРИ ТРАВМАХ

5.1. Организация первичной медико-санитарной помощи при травмах в травматологическом пункте

В Уфе организовано 4 травматологического пункта (травмпункт). Согласно нормативам должен быть 1 круглосуточный пост на 100 тыс. прикрепленного населения для оказания круглосуточной амбулаторной травматологической помощи (приказ МЗ РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»).

Организация работы травмпункта регламентирована приказом МЗ РФ от 12 ноября 2012 г. №901н «Правила организации кабинета неотложной травматологии и ортопедии». Согласно данному приказу штатная численность врачей-травматологов определяется исходя 1 должность на 15 тыс. населения.

Травмпункт имеет отдельный вход, оборудованный пандусами, и следующие функциональные и вспомогательные помещения:

- зал ожидания;
- два кабинета для врачебного приема (первичный и повторный);
- процедурная;
- перевязочные;
- перевязочная (гипсовая);
- рентгенологический кабинет (при необходимости);
- кабинет заведующего Травмпунктом;
- кабинет старшей медицинской сестры;
- санузел;
- комната отдыха персонала.

Базой исследования явился травмпункт в составе ГБУЗ РБ Больница № 21 г. Уфа.

Нами проанализирована организация медицинской помощи пациентам, обратившимся в травматологический пункт в 2016 году. Всего обратилось 25880 пациентов, из них первично обратились за неотложной медицинской помощью 65,4%. Остальные пациенты обратились для долечивания повреждений.

Динамика обращений по поводу травм в медицинские организации может иметь значение при планировании объема медицинской помощи, при разработке профилактики травматизма. Анализ показал, что подъем обращений по поводу травм отмечается в феврале, марте и далее в июне, июле и августе (рис. 5.1).

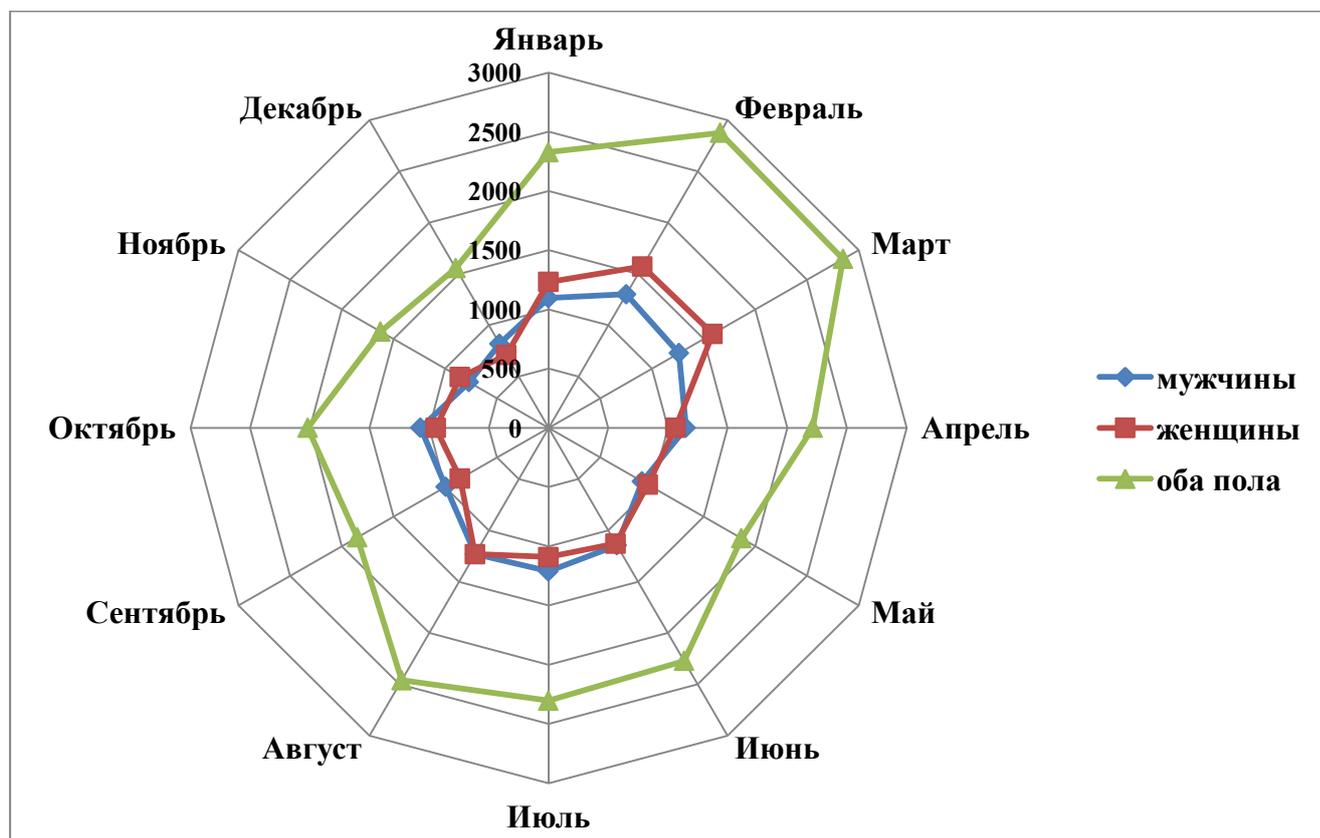


Рисунок. 5.1 – Динамика обращений в травматологический пункт по месяцам, абс. ч.

Такая динамика травматизма характерна для мужчин и 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 в значительно больше обращений лиц в травмпункт в понедельник (табл. 5.1). Доля пациентов, обратившихся в понедельник, составила из общего числа пациентов 18,2%, во вторник 14,8%. Меньше пациентов обратилось в субботу (13,0% от числа пациентов).

Такая динамика по дням недели числа травм свидетельствует о том, что часть пациентов, получив травму в субботу и воскресенье откладывают обращение к врачу-травматологу, что приводит к удлинению сроков лечения и затрат на лечение пациента.

Данные выкопировки медицинских документов свидетельствуют, что пятая часть 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 в понедельник 26,4% получили травму в субботу, 31,2% в воскресенье. Среди обратившихся лиц во вторник у 15,2% травма получена в субботу, у 16,8% – в воскресенье и т.д.

Таблица 5.1 – Распределение обращений в травматологический пункт по дням недели, %

День недели	Оба пола, абс.ч.	Оба пола, %
Понедельник	4710	18,2
Вторник	3830	14,8
Среда	3546	13,7
Четверг	3546	13,7
Пятница	3494	13,5
Суббота	3364	13,0
Воскресенье	3390	13,1
Всего	25880	100,0

Изучение структуры обращений пациентов в травматологический пункт в течение суток позволило выявить, что 11,4% посещений приходится на утренние

часы (с 6 до 10 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.

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% (табл. 5.2).

Изучение времени обращения пациентов в зависимости от дня недели свидетельствует, 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. При этом у обратившихся лиц в понедельник травма была получена или в субботу (у 26,4%) или в воскресенье (у 31,2%).

Таблица 5.2 – Структура обращений пациентов в травматологический пункт в течение суток в зависимости от дня недели, %

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

При этом существенных отличий по времени обращения в зависимости от пола не выявлено. Отличия наблюдались в преобладании на 7,4% обращений

женщин в дневное время и практически отсутствие обращений в ночное время (0,4%).

Из всех обратившихся в травматологический пункт 37,5% были доставлены скорой помощью и 62,5% обратились самостоятельно. Причем среди обратившихся по поводу поверхностной травмы 18,3% были доставлены скорой помощью, по поводу открытой раны таковых было 21,9%. При переломах и повреждениях капсульно-связочного аппарата, доставленных скорой помощью, было больше, соответственно 43,1% и 44,7% (табл. 5.3), что говорит о более серьёзном повреждении пациента. Большая доля доставленных травмированных лиц в травматологический пункт скорой помощью может свидетельствовать о нерациональном использовании ресурсов скорой медицинской помощи. Среди доставленных скорой помощью преобладали переломы верхних конечностей (26,7%) и травмы внутренних органов (28,4%), при самостоятельном обращении – поверхностные травмы (ушибы) – 45,4% и вывихи, растяжения (25,8%).

Таблица 5.3 – Распределение обратившихся пациентов в травматологический пункт по способам доставки, %

Вид травмы	Обратились самостоятельно	Доставлены бригадой СМП	Итого
Поверхностная травма	81,7	18,3	100,0
Открытая рана	78,1	21,9	100,0
Переломы	56,9	43,1	100,0
Вывихи, растяжения и перенапряжение капсульно-связочного аппарата сустава	55,3	44,7	100,0
Травма внутренних органов	65,3	34,7	100,0
Прочие	67,2	32,8	100,0
Всего	62,5	37,5	100,0

Изучением структуры обратившихся лиц по методам обращения в зависимости от локализации травмы установлено, что среди обратившихся самостоятельно 45,2% составили поверхностные травмы, 22,6% – открытая рана, 17,3% – переломы, 12,8% – вывихи, растяжения и перенапряжение капсульно-связочного аппарата сустава и др.

Среди доставленных бригадой скорой медицинской помощи большая часть были с переломами (35,1%), поверхностной травмой (29,7%), открытой раной (17,6%) и др. (табл. 5.4)

При последующем анализе было проведено распределение травмированных лиц, самостоятельно обратившихся в травматологический пункт, по срокам обращения.

Таблица 5.4 – Распределение обратившихся в травматологический пункт по способам доставки, %

Вид травмы	Обратились самостоятельно	Доставлены бригадой СМП
Поверхностная травма	45,2	29,7
Открытая рана	22,6	17,6
Переломы	17,3	35,1
Вывихи, растяжения и перенапряжение капсульно-связочного аппарата сустава	12,8	13,9
Травма внутренних органов	1,6	2,9
Прочие	0,5	0,8
Всего	100,0	100,0

Анализ показал, что только половина травмированных лиц (50,9%) обратились в течение суток после получения травмы. Среди обратившихся пациентов с вывихами в первые сутки обратились 72,5%. Такая же картина отмечается у пациентов с ранами – 71,4% обратились в 1-е сутки (табл. 5.5). Вероятно, это связано более выраженной симптоматикой и сильным болевым

синдромом при данных видах травм. При переломе и повреждении связок в первые сутки обратились соответственно 53,3% и 50,7% пациентов.

Доля пациентов, которые за медицинской помощью обратились в первые сутки, при ушибах была ниже и составила 41,9%. При этом, как показали исследования при переломах или ушибах относительно большой удельный вес пациентов, обратившихся в травматологический пункт на 8-14 сутки (5,1% и 8,8% соответственно). Это, видимо, обусловлено менее выраженной клинической симптоматикой травм при закрытых неполных переломах без смещения и ушибах мягких тканей.

Таблица 5.5 – Распределение травмированных лиц, обратившихся в травматологический пункт самостоятельно, по срокам обращения в травматологический пункт после получения травмы в зависимости от вида травм, %

Время обращения, сутки	Вид травмы					
	Перело м	Рана	Ушиб	Повреж дения 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	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	0,7	0,8
7-е	1,3	-	0,1	3,5	0,0	0,6
8-14-е	5,1	-	8,8	0,0	0,0	5,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При анализе причин несвоевременного обращения по анамнестическим данным пациентов выяснили, что 31,3% пациентов посчитали, что все заживет без оказания медицинской помощи, 23,3% занималась самолечением, 12,1% –

отметили, что скорая помощь отказала в вызове, 18,0% не было транспорта для доставки в травматологический пункт и прочие. При этом 8,0% пациентов в качестве причины назвали очереди в травматологическом пункте. Прочие причины составляли 7,3% (табл. 5.6).

Таблица 5.6 – Структура причин несвоевременного обращения пациентов в травматологический пункт после получения травмы, %

Причина	Удельный вес, %
Посчитали, что само заживет	31,3
Самолечение	23,3
Отказ скорой помощи от вызова ввиду неотложности медицинской помощи	12,1
Не было транспорта для доставки в травматологический пункт	18,0
Очереди в травмпункте	8,0
Не назвали причину	7,3
Всего	100,0

При разработке мероприятий по совершенствованию медицинской помощи особое значение имеет изучение длительности лечения. С целью разработки мероприятий проанализировали среднее количество посещений, длительность лечения и длительность временной нетрудоспособности по данным травматологического пункта.

Анализ показал, что средняя длительность лечения в травматологическом пункте составила $4,2 \pm 0,08$ дня, в течение которых было выполнено 1,4 посещения.

Средняя длительность лечения мужчин была ниже ($3,7 \pm 0,12$ дня), чем женщин ($4,6 \pm 0,12$ дня). За период лечения мужчинами и женщинами одинаково выполнено 1,4 посещения.

Средняя длительность лечения у пациентов обоего пола была выше при таких локализациях травм, как травмы локтя и предплечья (7,9 дня и 1,7

посещения), при травмах колена и голени (7,1 дня и 1,6 посещений), а также при травмах плечевого пояса и плеча (6,1 и 1,5 посещений) (табл. 5.7).

Таблица 5.7 – Средняя длительность лечения пациентов обоего пола в травматологическом пункте и среднее число посещений

Локализация травмы	Оба пола		
	Средняя длительность лечения	Среднее количество посещений	Средний возраст
Травмы головы	3,5±0,41	1,6±0,06	38,5±1,20
Травмы шеи	2,3±0,49	1,3±0,06	35,5±0,87
Травмы грудной клетки	2,1±0,16	1,2±0,01	50,4±0,33
Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза	4,5±0,50	1,4±0,04	44,5±0,51
Травмы плечевого пояса и плеча	6,1±0,38	1,5±0,03	51,3±0,43
Травмы локтя и предплечья	7,9±0,30	1,7±0,03	51,2±0,33
Травмы запястья и кисти	2,5±0,14	1,3±0,01	41,0±0,22
Травмы области тазобедренного сустава и бедра	4,4±0,68	1,3±0,04	47,1±0,78
Травмы колена и голени	7,1±0,29	1,6±0,02	46,2±0,26
Травмы области голеностопного сустава и стопы	2,3±0,10	1,2±0,01	41,0±0,19
Всего	4,2±0,08	1,4±0,01	45,1±0,11

Среди мужчин средняя длительность лечения превышала при травмах колена и голени (7,1 дня, 1,7 посещения), травмах плечевого пояса и плеча (5,9 дня и 1,6 посещений) и при травмах области тазобедренного сустава (4,9 дня и 1,4 посещения) (табл. 5.8).

У женщин значительно больше была средняя длительность лечения при травмах локтя и предплечья (9,9 дня, 1,9 посещения). Установлено, что имеется закономерность, характеризующаяся наличием некоторой зависимости длительности лечения и от возраста пациентов.

Таблица 5.8 – Средняя длительность лечения мужчин в травматологическом пункте и среднее число посещений

Локализация травмы	Средняя длительность лечения	Среднее количество посещений	Средний возраст
Травмы головы	4,1±0,57	1,7±0,09	38,1±1,65
Травмы шеи	2,9±0,93	1,3±0,10	35,5±1,28
Травмы грудной клетки	2,3±0,21	1,3±0,02	47,6±0,37
Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза	4,5±0,96	1,4±0,07	42,9±0,84
Травмы плечевого пояса и плеча	5,9±0,54	1,6±0,04	45,7±0,55
Травмы локтя и предплечья	4,0±0,36	1,4±0,03	42,9±0,50
Травмы запястья и кисти	2,8±0,21	1,3±0,02	37,9±0,26
Травмы области тазобедренного сустава и бедра	4,9±0,98	1,4±0,07	42,7±0,96
Травмы колена и голени	7,1±0,46	1,7±0,04	41,5±0,35
Травмы области голеностопного сустава и стопы	2,6±0,18	1,3±0,02	38,1±0,25
Всего	3,7±0,12	1,4±0,01	41,1±0,14

Средняя длительность лечения от травм в основном выше у пациентов в возрасте 50 лет и старше. Например, средняя длительность лечения женщин 9,9 дня отмечалась у пациентов со средним возрастом 55,4 года, а длительность лечения 2,2 дня у пациентов в возрасте 45,7 года (табл. 5.9).

Провели анализ длительности лечения в зависимости от способа доставки травмированных лиц в травматологический пункт. За счет удлинения сроков лечения обратившихся несвоевременно при доставке скорой медицинской помощью сроки лечения несколько короче, чем при самообращении (соответственно 4,0 и 4,9 дня).

Таблица 5.9 – Средняя длительность лечения женщин в травматологическом пункте и среднее число посещений

Локализация травмы	Женщины		
	Средняя длительность лечения	Среднее количество посещений	Средний возраст
Травмы головы	2,8±0,58	1,4±0,08	38,9±1,74
Травмы шеи	1,8±0,49	1,2±0,06	35,6±1,18
Травмы грудной клетки	1,7±0,23	1,2±0,22	55,4±0,59
Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза	4,5±0,57	1,4±0,52	45,3±0,63
Травмы плечевого пояса и плеча	6,3±0,52	1,5±0,04	56,9±0,61
Травмы локтя и предплечья	9,9±0,40	1,9±0,04	55,4±0,39
Травмы запястья и кисти	2,2±0,17	1,2±0,02	45,7±0,38
Травмы области тазобедренного сустава и бедра	3,9±0,93	1,3±0,06	51,6±1,18
Травмы колена и голени	7,1±0,36	1,6±0,03	50,0±0,36
Травмы области голеностопного сустава и стопы	1,9±0,11	1,2±0,01	43,5±0,27
Всего	4,6±0,12	1,4±0,01	48,9±0,16

Такая разница сложилась за счет удлинения сроков лечения получивших травму колена и травму локтя и предплечья (7,4 и 8,9 дня), травмы колена и голени (6,9 и 7,8 дня) (табл. 5.10).

Таблица 5.10 – Средняя длительность лечения в зависимости от способа обращения пациентов в травматологический пункт (дни)

Локализация травм	Доставлены скорой помощью	Обратились самостоятельно
Травмы головы	3,1±1,4	3,3±1,0
Травмы шеи	2,0±1,2	2,5±0,9
Травмы грудной клетки	2,1±1,7	2,8±0,7
Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза	3,9±1,0	4,5±0,5
Травмы плечевого пояса и плеча	5,0±1,3	6,1±0,5
Травмы локтя и предплечья	7,4±1,4	8,9±0,6
Травмы запястья и кисти	2,5±1,1	2,8±0,7
Травмы области тазобедренного сустава и бедра	4,3±0,7	4,4±0,5
Травмы колена и голени	6,9±1,0	7,8±0,8
Травмы области голеностопного сустава и стопы	2,1±0,9	2,8±0,9
Всего	4,0±1,2	4,9±0,6

Длительность лечения травмированных лиц, обратившихся самостоятельно в травматологический пункт, зависела от своевременности обращения. У обратившихся лиц в первые сутки длительность лечения была короче, чем у обратившихся лиц в более поздние сроки (табл. 5.11).

В целом при всех локализациях травм разница в продолжительности лечения составила 3,1 дня (соответственно 4,4 и 6,5 дня). Разница в сроках

лечения в травматологическом пункте более значима при травмах живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза (3,2 дня), повреждениях плечевого пояса и плеча (1,3 дня), при травмах запястья и кисти (1,4 дня), травмах колена и голени (5,3 дня) и т.д.

Таблица 5.11 – Средняя длительность лечения в зависимости от сроков обращения пациентов в травматологический пункт (дни)

Локализация травм	Обратились в день получения травмы	Обратились позже
Травмы головы	2,5±1,7	4,3±1,5
Травмы шеи	2,3±1,3	3,4±1,6
Травмы грудной клетки	2,6±1,2	3,4±1,3
Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза	3,2±1,4	6,4±1,0
Травмы плечевого пояса и плеча	4,9±1,6	6,2±1,1
Травмы локтя и предплечья	6,4±1,2	9,1±1,4
Травмы запястья и кисти	2,4±1,0	3,8±1,1
Травмы области тазобедренного сустава и бедра	4,2±1,1	5,4±1,0
Травмы колена и голени	4,2±1,3	9,5±1,2
Травмы области голеностопного сустава и стопы	2,1±1,4	5,5±1,4
Всего	4,4±1,1	7,5±1,3

Среди пациентов, обратившихся в травматологический пункт (25880) в течение года 12,7% были с временной утратой трудоспособности. Среди пациентов с временной нетрудоспособностью (ВН) преобладают травмы области голеностопного сустава и стопы, удельный вес которых составляет 27,4%, на втором месте травмы колена и голени - 22,9%, а на третьем, травмы локтя и предплечья – 13,0%. На четвертом месте расположились травмы запястья и кисти

– 11,7% (рис. 5.2). Наибольший средний возраст травмированных с временной утратой трудоспособности оказался при вывихах: оба пола – $49,0 \pm 1,6$ года, у мужчин – $49,0 \pm 1,2$ года, у женщин – $48,7 \pm 1,8$ года. Возможно, этот факт обусловлен тем, что увеличение частоты вывихов является причиной ослабления с возрастом капсульно-связочного аппарата суставов.

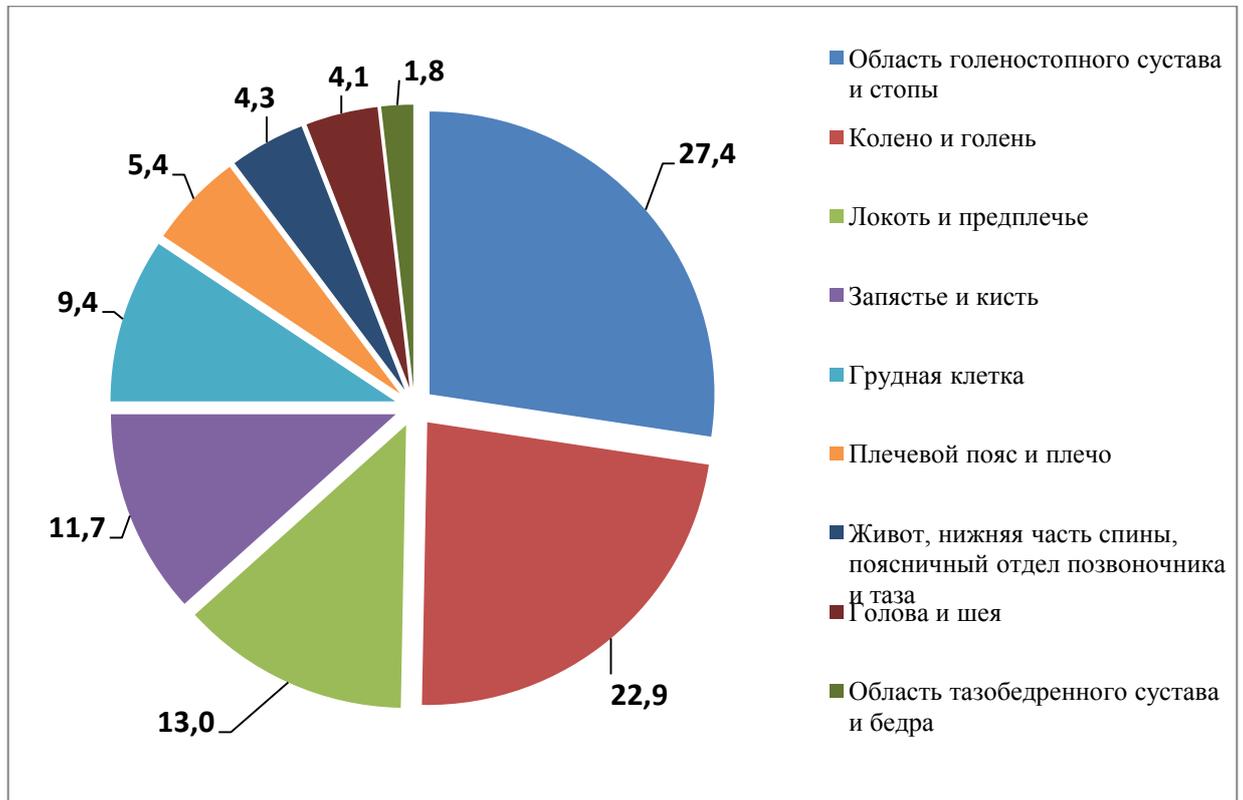


Рисунок 5.2 – Структура случаев травм, сопровождавшихся с временной нетрудоспособностью, по локализации травм, %

Последующие травмы составляли менее 10,0% в общей структуре случаев. Так травмы грудной клетки составили – 9,4%, травмы плечевого пояса и плеча – 5,4%, травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза – 4,3%, травмы головы и шеи – 4,1%, травмы области тазобедренного сустава и бедра – 1,8%, от всех случаев травм и повреждений, сопровождавшихся временной нетрудоспособностью.

При лечении травмированных пациентов с выдачей листка нетрудоспособности средняя длительность лечения была значительно выше. Так, средняя длительность пребывания на листке нетрудоспособности по всем видам

травм составила $28,9 \pm 1,2$ дня и колебалась от $11,5 \pm 0,5$ дня при травмах головы, до $32,8 \pm 1,3$ дня при травмах локтя и предплечья. При травмах шеи она составила $19,2 \pm 0,8$ дня, при травмах грудной клетки – $21,3 \pm 0,3$ дня, при травмах живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза – $31,7 \pm 1,3$ дня и т.д. (табл. 5.12).

Таблица 5.12 – Анализ временной нетрудоспособности в зависимости от локализации травмы по данным травматологического пункта

Локализация травмы	Пол	Число дней временной нетрудоспособности	Число случаев временной нетрудоспособности	Средняя продолжительность одного случая	Среднее количество посещений
1	2	3	4	5	7
Травмы головы	муж	131	12	$10,9 \pm 0,4$	$2,6 \pm 0,1$
	жен	99	8	$12,4 \pm 0,5$	$2,6 \pm 0,1$
	оба пола	230	20	$11,5 \pm 0,5$	$2,6 \pm 0,1$
Травмы шеи	муж	255	12	$21,3 \pm 0,9$	$3,4 \pm 0,1$
	жен	206	12	$17,1 \pm 0,7$	$3,0 \pm 0,1$
	оба пола	461	24	$19,2 \pm 0,8$	$3,2 \pm 0,1$
Травмы грудной клетки	муж	3527	159	$22,2 \pm 0,9$	$3,3 \pm 0,1$
	жен	1319	68	$19,4 \pm 0,8$	$3,1 \pm 0,1$
	оба пола	4846	227	$21,3 \pm 0,9$	$3,2 \pm 0,1$
Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза	муж	1270	44	$28,9 \pm 1,2$	$3,6 \pm 0,1$
	жен	2883	87	$33,1 \pm 1,3$	$4,1 \pm 0,2$
	оба пола	4153	131	$31,7 \pm 1,3$	$3,9 \pm 0,2$
Травмы плечевого пояса и плеча	муж	4989	161	$31,0 \pm 1,2$	$3,8 \pm 0,2$
	жен	4445	131	$33,9 \pm 1,4$	$3,7 \pm 0,2$
	оба пола	9434	292	$32,3 \pm 1,3$	$3,8 \pm 0,2$
Травмы локтя и предплечья	муж	3452	129	$26,8 \pm 1,1$	$3,7 \pm 0,2$
	жен	16444	477	$34,5 \pm 1,4$	$4,0 \pm 0,2$
	оба пола	19896	606	$32,8 \pm 1,3$	$4,0 \pm 0,2$
Травмы запястья и кисти	муж	7301	287	$25,4 \pm 1,0$	$3,4 \pm 0,1$
	жен	3824	180	$21,2 \pm 0,9$	$3,1 \pm 0,1$
	оба пола	11125	467	$23,8 \pm 1,0$	$3,3 \pm 0,1$

продолжение таблицы

1	2	3	4	5	7
Травмы области тазобедренного сустава и бедра	муж	1245	35	35,6±1,4	3,6±0,1
	жен	931	26	35,8±1,4	3,7±0,2
	оба пола	2176	61	35,7±1,4	3,6±0,1
Травмы колена и голени	муж	11990	345	34,8±1,4	4,1±0,2
	жен	14451	426	33,9±1,4	4,1±0,2
	оба пола	26441	771	34,3±1,4	4,1±0,2
Травмы области голеностопного сустава и стопы	муж	7255	289	25,1±1,0	3,4±0,1
	жен	5767	288	20,0±0,8	3,1±0,1
	оба пола	13022	577	22,6±0,9	3,2±0,1
Всего	муж	41415	1473	28,1±1,1	3,6±0,1
	жен	50369	1703	29,6±1,2	3,7±0,2
	оба пола	91784	3176	28,9±1,2	3,7±0,2

В целом среди мужчин этот показатель составил $28,1 \pm 1,1$ дня, среди женщин – $29,6 \pm 1,2$ дня. Однако какой либо зависимости продолжительности нахождения на листке нетрудоспособности между мужчинами и женщинами при отдельных локализациях травмы не выявлено. Так, при травмах головы среди мужчин продолжительность одного случая составила $10,9 \pm 0,4$ дня, у женщин – $12,4 \pm 0,5$ дня, при травмах шеи у мужчин – $21,3 \pm 0,9$ дня, среди женщин – $17,1 \pm 0,7$ дня, при локализации травмы в области коленного сустава и голени: у пациентов обоего пола – $34,3 \pm 1,4$ дня, у мужчин – $34,8 \pm 1,4$, у женщин – $33,9 \pm 1,4$ дня и т.д.

Анализ средней продолжительности случая временной нетрудоспособности показал ее зависимость от возраста пациентов. Так, в возрастной группе 18-19 лет средняя длительность одного случая утраты трудоспособности составила 19,1 дня, в 20-29 лет – 20,5 дня, в 30-39 лет – 20,4 дня, 40-49 лет – 22,6 дня, в 50-59 лет – 19,9 дня. Среди женщин данный показатель был выше в возрасте 20-29 лет (35,0 дня), у мужчин – в 40-49 лет (24,7 дня) и 50-59 лет (24,8 дня). Независимо от возраста средняя длительность одного случая утраты трудоспособности наибольшее значение имела при повреждениях колена и голени.

Провели анализ средней продолжительности одного случая в зависимости от сроков обращения в травматологический пункт среди пациентов, обратившихся самостоятельно (табл. 5.13).

Таблица 5.13 – Средняя продолжительность одного случая временной нетрудоспособности в зависимости от локализации травмы и своевременности обращения по данным травматологического пункта, дни

Локализация травмы	Обратились своевременно	Обратились несвоевременно
Травмы головы	9,5±0,7	13,2±1,1
Травмы шеи	17,7±0,9	21,2±1,3
Травмы грудной клетка	20,6±1,0	24,4±1,4
Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза	28,4±1,1	32,8±1,6
Травмы плечевого пояса и плеча	31,1±1,1	38,4±1,8
Травмы локтя и предплечья	30,2±1,1	35,2±1,6
Травмы запястья и кисти	18,4±0,9	25,1±1,4
Травмы области тазобедренного сустава и бедра	33,2±1,2	38,5±1,8
Травмы колена и голени	33,6±1,2	37,3±1,8
Травмы области голеностопного сустава и стопы	21,4±1,0	26,6±1,5
Всего	26,2±1,1	31,7±1,6

На 5,5 дня ($p < 0,05$) средняя длительность временной нетрудоспособности оказалась больше у травмированных лиц, обратившихся несвоевременно. Удлинение длительности временной нетрудоспособности произошло у пациентов с травмой плечевого пояса и плеча на 7,0 дня ($p < 0,05$), с травмой запястья и кисти на 6,7 ($p < 0,05$) дня, при других травмах на 3-4 дня.

Как было отмечено выше, позднее обращение пациентов привело не только к увеличению длительности лечения, но и к увеличению осложненного течения травм. У поздно обратившихся пациентов осложнения течения травмы составили 18,5%, тогда как у обратившихся первые 3-х суток пациентов с осложненным течением травмы было 13,4%. Из осложнений травмы наиболее часто встречались нагноение раны, расхождение швов, кровотечение, неправильное срастание переломов, смещение отломков (табл. 5.14).

Таблица 5.14 – Распределение пациентов по видам осложнений, %

Виды осложнений	Обратились в течение 3-х суток	Обратились в течение 4-14 суток
Нагноение раны	12,8	22,6
Расхождение швов	12,8	15,8
Смещение отломков	6,8	9,5
Образование гематомы	5,2	6,8
Неправильное срастание отломков	7,8	17,9
Прочие	9,7	8,9
Всего	13,4	18,5

Как уже было отмечено в травматологическом пункте оказывается неотложная медицинская помощь при травмах пациентам, доставленным скорой медицинской помощью, направленным медицинскими организациями и обратившимся самостоятельно.

Хронометражные наблюдения затрат времени пациента провели у обратившихся пациентов с ушибами, ранами, переломами. Усредненные данные такого наблюдения представлены в таблице 5.15.

Изучение хронометража затрат времени пациента показало, что среднее время нахождения первичного пациента в травматологическом пункте составило 108,4 мин., в том числе время ожидания приема врача первичного пациента 25, 2 мин., ожидание рентген обследования у кабинета рентгенолога – 17,0 мин.

Обращает на себя внимание длительность ожидания приема врача после рентген обследования – 22,1 мин.

Таблица 5.15 – Хронометраж времени первичного пациента в травматологическом пункте

Деятельность	Затраченное время, мин.
Среднее время, затраченное на посещение гардероба, включая одевание бахил	5,2
Средняя длительность оформления медицинской документации в регистратуре (согласия, амбулаторная карта)	5,2
Средняя длительность ожидания приема у кабинета врача травматолога	25,2
Средняя длительность приема врача	8,7
Средняя длительность ожидания рентген обследования в коридоре	17,0
Средняя длительность проведения рентген обследования, включая печать пленки	8,5
Средняя длительность ожидания повторного приема врача травматолога после рентген обследования	22,1
Средняя длительность повторного приема в кабинете врача травматолога, включая проведение медицинских манипуляций, выдачу справки и рекомендации	16,5
Среднее время, проведенное в травматологическом пункте	108,4

О низкой доступности медицинской помощи в травматологическом пункте свидетельствует длительность ожидания пациентов, обратившихся на долечивание. Так, приема врача средняя длительность ожидания составила 28,2 мин., рентген обследования – 15,4 мин., повторного приема врача после рентген обследования – 15,1 мин. (табл. 5.16). Причиной является неравномерный поток пациентов, из-за отсутствия электронной записи, не отрегулированности потока пациентов регистратурой, отсутствие записи через инфомат.

Таблица 5.16 – Хронометраж времени пациента в травматологическом пункте, проходящего долечивание

Деятельность	Затраченное время, мин.
Среднее время, затраченное на посещение гардероба, включая одевание бахил	5,0
Средняя длительность оформления медицинской документации в регистратуре (согласия, амбулаторная карта)	5,6
Средняя длительность ожидания приема у кабинета врача травматолога	28,2
Средняя длительность приема врача	8,1
Средняя длительность ожидания рентген обследования в коридоре	15,4
Средняя длительность проведения рентген обследования, включая печать пленки	8,5
Средняя длительность ожидания повторного приема врача травматолога после рентген обследования	15,1
Средняя длительность повторного приема в кабинете врача травматолога, включая проведение медицинских манипуляций, выдачу справки и рекомендации	16,8
Среднее время, проведенное в травматологическом пункте	102,7

В травматологическом пункте оказываются следующие виды медицинских услуг, входящих в стандарт оказания медицинской помощи:

- первичная хирургическая обработка ран;
- репозиция переломов: лучевой кости в типичном месте, наружной лодыжки, фаланг кисти и стопы, ключицы, костей запястья, предплечья у детей;
- остеосинтез спицами при переломах фаланг пальцев, пястных костей, фаланг стопы (до трех);
- вправление вывихов в плечевом суставе, акромиально-ключичном сочленении, нижнечелюстном, межфаланговых суставах;
- шов сухожилий разгибателей пальцев и кисти;

- свободная кожная пластика при ограниченных дефектах пальцев кисти;
- удаление инородных тел;
- различные виды блокад, пункции и эвакуации гематом.

Хронометраж рабочего времени врача травматолога и среднее время затрат времени врача на отдельные виды деятельности и манипуляции приведены в таблице 5.17. При всех видах травм определены усредненные затраты времени. Наибольшие затраты времени отмечаются на хирургическую обработку ран (12,5 мин.), наложение гипсовой повязки (15,4 мин.), вправление вывиха (13,3 мин.) и т.д.

Таблица 5.17 – Карта хронометража врача-травматолога в травматологическом пункте, мин

Виды деятельности	Затраты в мин.
1	2
Сбор жалоб, анамнеза, общий осмотр (осмотр кожных покровов, исследование неврологического статуса, осмотр костно-мышечной системы, осмотр полости рта, перкуссия, пальпация, аускультация, функциональные пробы (измерение АД, ЧДД, ЧСС), антропометрия, термометрия	2,2
Работа с документацией (ознакомление с медицинской документацией, просмотр амбулаторной карты, запись в медицинскую карту разделов жалоб и анамнез, выписка направления на рентгенографию).	4,1
Хирургическая обработка ран, наложение швов, перевязка	12,5
Наложение гипсовой повязки	15,4
Пунктирование сустава, эвакуация жидкости	8,1
Репозиция отломков костей при переломах	11,0
Вправление вывиха	13,3
Вакцинация (анатоксин столбнячный и др.)	5,1
Просмотр результатов рентгенографии	1,7
Повторный осмотр пациента	2,4
Работа с документацией (внесение результатов рентгенографии, оформление основного диагноза).	3,1

продолжение таблицы

1	2
Работа с документацией (при необходимости выписка листка нетрудоспособности пациенту с разъяснением, когда и где его необходимо забрать).	2,1
Консультирование пациента, разъяснение назначений и схемы лечения, разъяснение изменения режима и образа жизни при лечении данного заболевания, разъяснение правил проведения назначенных лечебных процедур на дому, обучение принципам самоконтроля и ухода при данном виде травмы	2,0
Работа с документацией (оформление и выдача справки).	2,1
Другие виды работы с документацией (заполнение журналов, извещений и др.)	3,7
Работа с документацией на компьютере, внесение данных в РМИАС РБ.	2,1
Вспомогательная деятельность (подготовка рабочего места; мытье рук).	2,4
Время на ожидание готовности пациента к осмотру, продолжению приёма	1,4
Технологический перерыв на санитарную обработку помещения, кварцевание	16,3
Служебная деятельность (разговор с медицинским персоналом, служебный разговор по телефону).	1,3
Личное необходимое время (кратковременный перерыв, прием пищи, мероприятия личного характера).	18,4

Изучение объема медицинской помощи показал, что из 1575 пациентов, нами проанализированных, в травмпункте все пациенты с переломами, 85,0 на 100 пациентов с вывихами, 79,2 с разрывами и растяжениями капсульно-связочного аппарата, 46,7 с травмами внутренних органов прошли рентген обследование, 15,4 пациентам на 100 обследованных выполнены лабораторные исследования, 21,2 на 100 обследованных пациентов с травмами внутренних органов и головы были направлены и консультированы специалистами (хирург, уролог, нейрохирург) (табл. 5.18).

Анализ показал, что 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.

Таблица 5.18 – Виды медицинской помощи пациентам в травматологическом пункте, на 100 пациентов

Вид травмы	Оказанная помощь в травматологическом пункте										
	Рентгенография	Закрывающаяся репозиция костных отломков	Гипсовая иммобилизация, фиксация лангетом	Первичная хирургическая обработка раны, туалеты раны	Наложение швов	Вправление вывихов	Экстренная иммобилизация проактика	Удаление инородного тела, удаление клещей	Различные виды блокад	Пункции и эвакуации гематом	Консультация профильного специалиста
Поверхностная травма	52,4	0,0	0,0	68,2	0,0	0,0	68,2	27,3	6,1	18,5	1,5
Открытая рана	15,5	0,0	0,0	100,0	89,1	0,0	86,8	32,9	47,5	23,4	1,6
Перелом	100,0	74,8	100,0	18,3	2,5	0,0	5,0	4,5	78,3	0,0	2,1
Вывихи	85,0	0,0	91,3	0,0	0,0	100,0	0,0	5,6	62,8	0,0	1,6
Разрывы, растяжения и перенапряжение капсульно-связочного аппарата сустава	79,2	0,0	31,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	37,4	0,0	0,9
Травма внутренних органов (тупая травма живота)	46,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,0	0,0	0,0	21,2
Прочие	95,5	0,0	2,8	8,5	2,5	0,0	0,0	2,5	5,4	2,5	2,5

Установлено, что 35,0% из числа пациентов с травмами и 12,5% с поверхностной травмой (ушибы) прошли повторное рентген обследование, 27,0% повторное гипсование или наложение лонгета, 15,7% лабораторное исследование, 55,0% – обработку ран и перевязки. В тоже время 12,5% медицинских услуг по обследованию и 9,3% – по лечению выполнены с дефектами, при этом 15,6% пациентов с поверхностной травмой, 13,4% с переломами не прошли повторное рентген обследование из-за отсутствия рентгеновских пленок, 18,2% пациентов с переломами не направлены на лабораторные исследования, 12,7% пациентам с открытой раной и 15,7% пациентам с поверхностной травмой не выполнена иммунопрофилактика, 14,9% пациентам с вывихами не установлена лонгета и др. На КТ направлены только 2 пациента и на консультацию хирурга 5 пациентов из 100 получивших травму внутренних органов. Дефекты в оказании медицинской помощи обусловлены недофинансированием объемов медицинской помощи.

5.2. Удовлетворенность пациентов организацией медицинской помощи

Анкетирование пациентов позволило оценить удовлетворенность пациентов доступностью и качеством условий оказания медицинской помощи. Результаты свидетельствуют, что 32,4% пациентов не удовлетворены организацией медицинской помощи в травматологическом пункте (табл. 5.19).

Таблица 5.19 – Удовлетворенность пациентов организацией первичной медико-санитарной помощи при травмах, на 100 опрошенных

Не удовлетворены	Травматологический пункт
1	2
Организацией медицинской помощи	32,4
Организацией записи на прием к врачу	29,4
Долгим ожиданием приема врача	43,4
Долгим ожиданием прохождения рентген обследования	23,5
Долгим ожиданием выполнения манипуляций	18,5

продолжение таблицы

1	2
Наличием очереди на повторный прием к врачу	25,7
Отношением сотрудников к пациентам	21,6
Внешним видом врача	29,4
Отсутствием медикаментов, рентгеновских пленок, перевязочных средств	22,2
Мало уделили время на приеме врача	57,4
Не совпадением назначенным временем приема и временем приема врача	45,7
Не объяснили профилактику осложнений	45,3

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 отметили невнимательное и грубое отношение персонала к пациентам (21,6 на 100 опрошенных). Хотя на повторный прием врач-травматолог назначает время, 45,7 на 100 опрошенных пациентов, обратившихся с целью долечивания, отметили несовпадение времени записи на прием и 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, предупреждению осложнений, о профилактике травм, заболеваний костно-мышечной системы. Всего на одного пациента пришлось $2,39 \pm 0,32$ причины неудовлетворенности предоставляемой медицинской помощью.

Некоторые аспекты не удовлетворенности пациентов было оценено с учетом оказанных медицинских услуг по лечению пациента. Больше всего пациенты

удовлетворены такими видами услуг, как обработка и зашивание ран (81,3 на 100 опрошенных), гипсованием (79,1 на 100 опрошенных), репозицией костей (71,3 на 100 опрошенных). Лишь половина пациентов отметили, что удовлетворены вправлением вывихов (53,2 на 100 опрошенных), две трети удалением инородных тел (63,9 на 100 опрошенных) (табл. 5.20).

Экономический анализ деятельности травматологического пункта показало, что при плане 24000 посещений фактически выполнено 25800 посещений (перевыполнение на 7,8%). Кроме того, в стоимость законченного случая лечения пациентов не входят повторные манипуляции, расходные материалы. В 2017 году на оказание медицинской помощи потрачено 22 281 761,23 руб. Из Фонда обязательного медицинского страхования оплачено 13 864 938,32 руб. Недофинансирование составило 8 416 822,91 руб. (37,7%).

Таблица 5.20 – Удовлетворены результатом лечения, на 100 опрошенных

Манипуляции	Удовлетворены
Обработка и зашивание ран	81,3
Репозиция костей	71,3
Гипсование	79,1
Вправление вывихов	53,2
Блокады, удаление гематом	67,4
Удаление инородных тел	63,9
Прочие	73,3

5.3. Организация профилактических мер при травмах

Анализ деятельности республиканского центра медицинской профилактики (ГБУЗ РЦМП) показал, что в своей деятельности он руководствуется нормативными правовыми документами: действующим законодательством Российской Федерации, нормативными и распорядительными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства здравоохранения Республики Башкортостан. Работа по формированию здорового образа жизни у населения осуществляется в соответствии с приказом МЗ РФ от

23.09.2003 г. №455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации», приказом МЗ РФ от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», приказом МЗ РБ от 19.03.2012 г. №684-Д «О совершенствовании деятельности учреждений здравоохранения Республики Башкортостан по реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения, включая сокращение потребления алкоголя и табака», приказом МЗ РБ от 28.04.2012 г. №1193-Д «Об утверждении Плана мероприятий по усилению профилактической работы в медицинских организациях Республики Башкортостан», а также планами мероприятий федеральных и региональных профилактических программ (Постановление Правительства Республики Башкортостан от 30 апреля 2013 г. N 183 «Об утверждении долгосрочной целевой программы Развитие здравоохранения Республики Башкортостан на 2013-2020 годы».)

Установлено, что основная работа центра медицинской профилактики направлена на координацию профилактической работы в медицинских организациях Республики Башкортостан. Для медицинских организаций изданы пропагандистские материалы для населения, в том числе памятки для населения, информационные письма, методические пособия и рекомендации для медицинских работников, календари, которые раздаются медицинским организациям республики для распространения среди населения. Центр медицинской профилактики организует совместные акции с другими ведомствами, распространяет памятки, плакаты, карманные календари, проводит анкетирование по определению уровня распространения вредных привычек, предоставлением и демонстрацией видеофильмов по профилактике наркомании, алкоголизма, табакокурения, здоровому образу жизни и освещением мероприятий в СМИ. Например, проводились акции, посвященные всемирному Дню здоровья, всемирному Дню борьбы с гипертонией; акция, посвященная всемирному Дню без табачного дыма, Дню защиты детей и т.д.

Одним из направлений деятельности является организация и проведение Республиканского конкурса санитарных бюллетеней среди медицинских организаций республики по различным номинациям: «Хорошее здоровье прибавляет жизни к годам», «Здоровый образ жизни», «Профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний» «Профилактика алкоголизма, табакокурения, наркомании», «Благополучное детство и укрепление семейных ценностей» и др.

Однако, как показало изучение деятельности республиканского центра медицинской профилактики, ни одно мероприятие и ни один печатный материал не были посвящены профилактике травматизма. Единственно, что касалось травматизма, в 2016 г. для населения была издана памятка для населения по оказанию первой помощи при травмах.

Анализ деятельности врачей специалистов по организации санитарно-просветительской работы показал, что только в 2-х поликлиниках имелись сан бюллетени о профилактике травм. Раздаточных материалов, памяток для пациентов, других информационных материалов не оказалось.

Таким образом, выявлен низкий уровень организации профилактических мероприятий по поводу травм.

Резюме.

Среди обратившихся в травматологический пункт 49,1% составили мужчины и 50,9% женщины. Мужчин было больше до 50-летнего возраста, далее увеличивалась доля женщин и их доля в возрасте 70 лет и старше составила 74,4%.

В структуре травм у лиц обоего пола 25,7% составили травмы области голеностопного сустава и стопы, 19,8% - травмы запястья и кисти, 16,0% – травмы колена и голени, 11,8% – травмы локтя и предплечья, 11,2% – травмы грудной клетки. На указанные виды травм пришлось 84,5% всех локализаций. Выявлены особенности структуры травм по локализации среди мужчин и женщин в отдельных возрастных группах, что, видимо, можно объяснить образом жизни пациентов, их трудовой и бытовой активностью, медицинской активностью,

тяжестью травм. Вероятно, часть травм остаются не зарегистрированными из-за не обращаемости или если травма является легкой степени по тяжести повреждения.

Анализ показал, что 73,0% пациентов при всех видах травм обратились в травматологический пункт в первые 2 суток. Наибольший удельный вес обращений в первые сутки принадлежит вывихам – 72,5%. Также высок удельный вес обращений с ранами – 71,4%. При переломе и повреждении связок в первые сутки обратились соответственно 53,3% и 50,7% пациентов. Однако 16,3% обратились на 4-14 сутки.

Средняя длительность лечения в травматологическом пункте составила 4,2 дня, в течение которых было выполнено 1,4 посещения.

За счет удлинения сроков лечения обратившихся несвоевременно при доставке скорой медицинской помощью сроки лечения несколько короче, чем при самообращении (соответственно 4,0 и 4,9 дня).

Из числа обратившихся лиц в травматологический пункт в течение года 12,7% пациентам был выписан листок нетрудоспособности. При лечении травмированных с выдачей листка нетрудоспособности средняя длительность лечения была значительно выше. Так, средняя длительность пребывания на листке нетрудоспособности по всем видам травм составила 28,9 дня и колебалась от 11,5 дня при травмах головы, до 32,8 дня при травмах локтя и предплечья. На 5,5 дня средняя длительность временной нетрудоспособности оказалась больше у травмированных лиц, обратившихся несвоевременно.

Хронометражные наблюдения позволили определить затраты времени пациентов в травматологическом пункте при получении медицинской помощи при переломах, ушибах и ранах и в целом усредненные затраты времени всех пациентов с травмами.

5.4 Мероприятия по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи при травмах и профилактика травм

Для совершенствования первичной медико-санитарной помощи обоснованы предложения по двум направлениям: повышение доступности медицинской помощи и по профилактике травм (схема 1).



Схема 1 – Мероприятия, направленные на совершенствование первичной медико-санитарной помощи

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.

Профилактика бытового травматизма:

- Улучшение условий быта. Организация досуга и проведение разнообразных культурно-массовых мероприятий. Антиалкогольная пропаганда. Пропаганда здорового образа жизни и быта. Расширение коммунальных услуг населению. Не курить вблизи постельного белья или обивки. Следить за исправностью электропроводки и электроприборов.
- Строго соблюдать инструкции по пользованию домашней бытовой техникой.
- Полы в комнате не должны быть скользкими. Правильно подбирать коврики для туалетных комнат, кухонь, где пол покрыт линолеумом или плиткой.
- Устранение окружающих предметов, которые могут спровоцировать падение. Удалить острые предметы, прикрыть углы мебели. Ходить по квартире в домашней обуви на резиновой подошве.

- Правильное обращению с отопительными приборами и соблюдению правил пожарной безопасности зимой в домах, где нет парового отопления.
- Дополнительная маркировка лекарственных средств.
- Огнестрельное оружие должно храниться незаряженным в закрытых шкафах.
- В целях уменьшения бытового травматизма семейным врачам наряду с профилактической пропагандой здорового образа жизни, иммунизации, контрацепции, профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний необходимо проводить беседы в семьях по уменьшению и предотвращению воздействия факторов риска травматизма. Объяснять основные меры по профилактике бытового травматизма: улучшение условий быта, проводить целенаправленную работу по созданию здорового быта.
- Требуется информировать о рисках укусов кошек, собак и методиках их предотвращения, а также проводить беседы о необходимости соблюдения правил дорожного движения
- **Профилактика уличного травматизма:**
- Организация и регулирование уличного движения.
- Размещение информации об основных мерах профилактики травматизма в местах общественных местах и остановках общественного транспорта.
- Борьба с бытовым пьянством, поскольку уличные травмы часто получают лица в состоянии алкогольного опьянения.
- Контроль за соблюдением правил дорожного движения;
- Пожилым людям или тем, кто отвечает за них, следует посоветовать проверить, достаточно ли освещены помещения в доме, и устранить или отремонтировать те части лестницы или пола, из-за которых они могут споткнуться (скользящие половики, электрические провода, игрушки), и установить поручни и полоски, улучшающие сцепление в ваннах и на лестницах.

- Обеспечение надлежащего технического состояния уличного транспорта, его безопасность, например, исправность автоматических дверей в автобусах;
- постоянный надзор за детьми и их досугом.
- Велосипедистам нужно советовать надевать защитные шлемы и избегать езды на автодорогах.
- Любителям лодочных прогулок необходимо рекомендовать строго соблюдать правила безопасного катания на лодках и надевать спасательные средства на воде.
- Клиницисты, лечащие пожилых людей, должны периодически проверять остроту их зрения, давать консультации пациентам, страдающим от нарушения двигательной системы.
- **Профилактика травматизма зимой на улице:**
- Размещение информации об основных мерах профилактики травматизма в местах общего пользования, остановках общественного транспорта.
- Размещение на рекламных мониторах и щитах материалов, посвященных профилактике травматизма.
- При ходьбе никуда не торопиться, на обледенелом участке передвигаться на полусогнутых ногах, слегка расслабив их в коленях и опираясь на всю ступню
- По возможности не выходить из дома, особенно в тёмное время суток.
- Стараться ходить по тротуарам, посыпанным песком.
- Использовать приспособление для ходьбы в гололёд – ледоходы изготовлены в виде съёмных подошв из высококачественной эластичной резины, на нижней поверхности которой выступают небольшие шипы из нержавеющей стали.
- Обувь должна быть обязательно удобной и устойчивой (сапоги на платформе или ботинки с мягкой рифленой подошвой).
- По возможности обходить обледеневшие места.

- Руки не держать в карманах, т.к. велика вероятность тяжелых травм.
- Пожилым людям следует брать с собой палку с острым наконечником.
- Держаться подальше от проезжей части.
- Не переходить дорогу вне отведенных мест, т.к. тормозной путь автомобилей значительно увеличивается.
- На остановке общественного транспорта стойте подальше от края дороги.
- При входе и выходе из автобуса будьте предельно аккуратны.
- Не находитесь на улице в нетрезвом виде.
- При падении нужно постараться быстро сгруппироваться.
- Лучшая профилактика зимних травм - это осторожность и осмотрительность!
- **Профилактика травм в подъездах, лестничных площадках и местах общего пользования жилых домов:**
- Контроль целостности проводов и выключателей.
- Размещение информации об основных мерах профилактики травматизма на входных группах и местах общего пользования.
- Установка ограничителей на дверные проемы.
- Цветовое выделение перепадов, неровностей напольного покрытия, первой и последней ступеней лестничных пролетов, выступающих элементов стен, пожарных и других конструкций.
- Использование в темное время суток освещения.
- Ограничить движение по мокрому полу во время и после уборки путем установки информирующих указателей.
- При выходе из подъезда в зимнее время обратить внимание на наличие наледи на козырьках, карнизах и крыше дома.
- У входа в подъезды повесить предупредительные указатели о возможности получения травм.
- **Профилактика травм в медицинских организациях:**

- Установка информационных мониторов с трансляцией видеоматериалов посвященных профилактике травматизма.
- Размещение информации об основных мерах профилактики травматизма на входных группах, местах общего пользования, холле, сестринском посту.
- Установка ограничителей на дверные проемы.
- Цветовое выделение перепадов, неровностей напольного покрытия, первой и последней ступеней лестничных пролетов, выступающих элементов стен, пожарных и других конструкций.
- Использование в темное время суток фоновое освещение палат и коридоров.
- Минимизировать препятствия на пути перемещения пациента (каталки, стулья и др.)
- Световая индикация основных кабинетов (сестринский пост, ординаторская и др.)
- При пользовании грелок, ламп-облучателей следите за временем теплового воздействия, расстоянием до поверхности тела пациента.
- Не перегружать розетку электроприборами.
- Ограничить движение пациентов по мокрому полу во время и после уборки путем установки информирующих указателей.
- Проведение инструктажей с пациентами при поступлении.
- **Для управляющих компаний:**
- Размещение информации об основных мерах профилактики травматизма в местах общего пользования, входных группах многоквартирных домов.
- Планирование и благоустройство улиц, надлежащий уход за ними.
- Применение песка во время гололеда, поддержание дорог во дворах в удовлетворительном состоянии.
- Освещение улиц.
- Ограждение строящихся и ремонтируемых зданий.
- Организация местных комиссий по борьбе с бытовым травматизмом;

- **Предложения центру медицинской профилактики:**
- Создание видеоматериалов о причинах травм.
- Распространение бюллетеней, содержащей информацию о профилактике травматизма в местах скопления людей.
- Проведение школ здоровья для пациентов с заболеваниями костно-мышечной системы.
- Выезд на предприятия, учебные и лечебные учреждения с целью чтения лекций и проведения просветительской работы.
- Проведение воспитательной и разъяснительной работы с населением (печать, радио, телевидение, лекции, доклады и др.).

Выполненные мероприятия позволили снизить затраты времени ожидания приема врача первичных пациентов в 2,5 раза – с 25,2 до 10,2 мин., пациентов на долечивание в 2,0 раза – с 31,5 до 15,7 мин. Сократилось также время ожидания прохождения рентген обследования – с 17,0 мин. до 12,5 мин., время ожидания приема врача после прохождения рентген обследования – с 22,1 мин. до 12,5 мин.

В связи с выполненными мероприятиями уровень травматизма изучили по данным ФСН форма № 57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин» за 2016-2018гг., т.е. после внедрения измененной формы. Полученные данные свидетельствуют, что уровень травматизма по г. Уфа составил 144,8 случая на 1000 человек в 2016г. и 140,4 случая на 1000 человек в 2018г. По данной отчетной форме травмы распределены на транспортные несчастные случаи, другие внешние причины, преднамеренное самоповреждение, нападение, повреждение с неопределенными намерениями и осложнения терапевтических и хирургических вмешательств. Не выделены травмы в зависимости от пола, травмы, связанные с производством, бытовые, уличные.

Анализ показал, что наибольший уровень травм наблюдался при травмах от других внешних причин (135,9-131,7 случая на 1000 человек соответственно за

2016 и 2018 годы) (таблица 5.21). Доля этих причин в структуре всех зарегистрированных травм составила 94,6%. Транспортные несчастные случаи встречались с частотой 2,5 случая на 1000 человек в 2016г., однако возросли в 2018г. до 4,6 случая на 1000 человек, доля которых была незначительной (2,9%). Травмы, полученные в результате нападения, составили 5,1 случая на 1000 человек (2,0%) в 2016г. и 3,0 случая на 1000 человек в 2018г. (1,8%).

Таблица 5.21 – Уровень травматизма среди взрослого населения города Уфы за 2016-2017гг., случаи в расчете на 1000 человек

Вид травмы	2016 год	2018 год
Транспортные несчастные случаи	2,5	4,6
Другие внешние причины	135,9	131,7
Преднамеренное самоповреждение	0,2	0,06
Нападение	5,1	3,3
Повреждение с неопределенными намерениями	1,2	0,8
Осложнения терапевтических и хирургических вмешательств	0,01	0,2
Всего	144,8	140,4

Проведенный анализ травматизма по локализации повреждения показал, что уровень повреждений области голеностопного сустава и стопы составил 25,3 случая в расчете на 1000 человек. В структуре травм они составили 17,0%. По уровню распространенности наиболее частыми повреждениями были травмы запястья и кисти – 23,3 случая в расчете на 1000 человек, занявшие в структуре локализаций 15,8%, далее травмы головы – 20,8 случая на 1000 человек (14,1%), травмы колена и голени – 20,3 случая на 1000 человек (13,8%), травмы локтя и предплечья – 14,7 случая на 1000 человек (9,9%) и т.д.

В связи с отрицательной динамикой травматизма среди населения было предложено увеличение финансирования медицинской помощи в травматологических пунктах. Был увеличен объем медицинской помощи и финансирование на 25,9%. Так, в 2018 г. по сравнению с 2017 г. увеличился объем

выполненных посещений до 33500 тыс., финансирование возросло до 29294 тыс. руб.

Изучение информированности после проведения профилактических мероприятий показало, что она увеличилась по всем позициям, но в целом до 85,6% (табл. 5.22).

Таблица 5.22 – Информированность пациентов о причинах травм, %

Причины травм	Мужчины	Женщины	Оба пола
Возраст	55,6	67,6	60,5
Условия работы	67,3	58,4	63,2
Условия быта	46,8	56,7	51,2
Плохие дороги и тротуары	74,5	83,2	78,3
Наличие хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата	49,5	68,9	59,4
Злоупотребление алкоголем	65,2	73,5	72,2
Курение	56,5	36,7	45,8
Не соблюдение техники безопасности на работе	55,8	47,8	51,6
Низкая информированность о причинах травм	75,6	71,4	73,4
Низкая травма настороженность	78,3	85,7	82,2
Плохие взаимоотношения в семье	34,5	65,6	45,8
Отсутствие предупредительных знаков о возможных рисках получения травмы	90,5	88,5	89,4
Информированы о причинах травм	52,2	72,8	64,6

Удовлетворенных пациентов организацией медицинской помощи достигло до 85,6%. При этом наибольшую удовлетворенность пациенты отметили доступностью медицинской помощи. Они удовлетворены не долгим ожиданием приема врача (81,4%), ожиданием выполнения манипуляций (98,5%), Отсутствием очереди на повторный прием к врачу (85,6%) (табл. 5.23)

Таблица 5.23 – Удовлетворенность пациентов организацией первичной медико-санитарной помощи при травмах

Удовлетворены	Травматологический пункт
Организацией медицинской помощи	85,6
Организацией записи на прием к врачу	89,7
Ожиданием приема врача	81,4
Ожиданием прохождения рентген обследования	91,5
Ожиданием выполнения манипуляций	98,5
Отсутствием очереди на повторный прием к врачу	85,6
Отношением сотрудников к пациентам	91,5
Внешним видом врача	69,2
Наличием медикаментов, рентгеновских пленок, перевязочных средств	92,7
Достаточно времени уделили на приеме врача	78,4
Совпадением назначенного времени приема и временем приема врача	91,5
Объяснили профилактику осложнений	45,3

Заключение. Изучение объема и видов лечебно-диагностических мероприятий показало, что 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 Установлено, что 12,5% медицинских услуг по обследованию и 9,3% – по

лечению выполнены с дефектами (не выполнено рентгенообследование, не установлена лонгета, не направлены на анализ крови, КТ и МРТ и др.). Анализ организации медико-организационных мер по профилактике травм выявил ее низкий уровень, отсутствие в центрах медицинской профилактики печатных материалов для населения по предупреждению бытового и уличного травматизма, у врачей первичного звена – информационных материалов для пациентов о причинах травм и их профилактике. Не удовлетворены организацией медицинской помощи в травматологическом пункте 32,4% пациентов, в том числе длительностью ожидания приема врача – 43,4%, 45,7% пациентов, обратившихся с целью долечивания, отметили несовпадение времени записи на прием и приема врача. При этом 57,4% пациентов считают, что врачи мало уделили времени на беседу с пациентом. Внедрение медико-организационных мероприятий позволило снизить травматизм среди населения, время ожидания пациентов первичного приема врача, в том числе при долечивании, возросло число пациентов информированных о причинах травм и удовлетворенных организацией медицинской помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Травмы в настоящее время представляют собой серьезную медико-социальную проблему, обусловленные длительными сроками лечения и временной нетрудоспособностью пациентов, высоким уровнем смертности и инвалидности, значительными прямыми и косвенными (вследствие утраты трудового потенциала общества) экономическими потерями

В городах травматизм среди населения остается высоким и обусловлен множеством причин, среди которых факторами высокого риска можно указать несоблюдение техники безопасности в производстве, злоупотребление алкоголем, несоблюдение правил дорожного движения, неосторожное обращение в быту с техникой и оборудованием.

Одним из наиболее распространенных вариантов травматизма является бытовой травматизм. По данным Л.К. Селиванова (2016) в 2015 году в Российской Федерации бытовые травмы охватывали 69,9% всех повреждений и уровень травматизма значительно колеблется по регионам.

Выполнение ряда мероприятий по снижению травматизма среди населения не приводит к снижению распространенности травм. По данным ряда авторов отмечается рост травматизма, особенно среди мужского населения, хотя травматизм остается высоким и среди женского населения, особенно у женщин в старших возрастных группах.

В связи с высоким уровнем травматизма, особенно среди городских жителей, медико-экономических последствий травм, недостаточной эффективностью профилактических мероприятий возникает необходимость научного обоснования медико-организационных мероприятий по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи и снижению травматизма.

Численность населения города Уфа на 01.01.2018г. составила 1127300 чел., в том лица старше 18 лет – 893302 человека.

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

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.).

На втором этапе дана социально-гигиеническая характеристика пациентов, получивших травму, и оценены факторы получения травм.

На третьем этапе исследования дана характеристика пациентов, обратившихся в травматологический пункт в течение года, дана по данным обработки и анализа 25 880 случаев обращений для оказания медицинской помощи.

На четвертом этапе исследования объем и виды лечебно-диагностических услуг при оказании неотложной медицинской помощи и медицинской помощи по долечиванию пациентов проведено путем механического отбора 1575 случаев обращений пациентов по профилю "травматология".

На пятом этапе исследования изучена организация профилактических мероприятий, проводимых медицинскими работниками, для чего анализированы отчетные материалы Республиканского центра медицинской профилактики и врачей-специалистов поликлиник г.Уфы.

На шестом этапе исследования на основе полученных результатов разработаны предложения по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи при травмах.

Результаты анализа травматизма среди городского населения свидетельствуют, 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. Их 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 месте спортивный травматизм (0,3%-0,5%).

Распределение травмированных лиц 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 были 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.

Социально-гигиеническая характеристика травмированных лиц показала, что 31,5% травмированных имели высшее образование, 39,9% – среднее специальное образование, 24,3% – среднее общее образование, 4,3% обучались в средних специальных и высших учебных заведениях. Среди опрошенных 55,8% состояли в зарегистрированном браке, 18,1% не состояли в браке, среди мужчин больше состоящих в браке (58,9%), среди женщин больше вдовых (15,6%).

Каждый второй работает, причем среди них на рабочих специальностях были заняты 55,6% респондентов, каждый четвертый опрошенный был пенсионером (25,8%), из них каждый пятый работал (20,4%). К безработным отнесли себя 9,5% респондентов.

К поведенческим факторам 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 часто алкоголь (2-3 раза в неделю) 67,4% опрошенных, среди мужчин употребляющих часто алкоголь лиц оказалось 77,2%, среди женщин 39,5%, причем каждый 10-й употреблял алкоголь ежедневно.

Большинство ответов травмированных лиц свидетельствует, что причиной травм часто являются не выполнение мер предосторожности, низкая травматологическая настороженность (65,2 на 100 опрошенных) и 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).

Информированность населения о причинах травм и травма настороженности оказались низкими. Очень низкая оценка дана респондентами своим знаниям о причинах травм часто потребляющими алкоголь, курящими, имеющими более низкий уровень образования, проживающими в неудовлетворительных жилищных условиях.

Для выявления факторов травм дана оценка значимости различий в распространенности факторов риска среди основной и контрольной группы.

Среди травмированных лиц достоверно чаще в сравнении с группой контроля имели место проживающие в частном доме, в общежитии и в коммунальной квартире, занятые на рабочих специальностях, безработные, имеющие избыточный вес, злоупотребляющие алкоголем, курящие. Напротив, среди лиц с травмами достоверно ниже было занимающихся профилактикой заболеваний костно-мышечной системы.

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

В течение года в травмпункт обратилось 25880 пациентов, из них первично обратились за неотложной медицинской помощью 65,4%. Остальные пациенты обратились для долечивания повреждений.

Динамика обращений по поводу травм в медицинские организации имеет значение при планировании объема медицинской помощи, при разработке профилактики 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 и вторник, меньше всего в субботу. Пятая часть 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 обратившихся лиц во вторник у 15,2% травма получена в субботу, у 16,8% – в воскресенье и т.д.

Структура обращений пациентов в течение суток выглядело 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.

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.

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.

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 позднее обращение пациентов привело к увеличению осложненного течения травмы. Анализ исходов лечения показал, что среди обратившихся в течение первых 3-х суток осложнения отмечались у 13,4%, среди обратившихся позже – у 18,5%.

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 и составила 28,9 дня и колебалась от 11,5 дня при травмах головы, до 32,8 дня при травмах локтя и предплечья.

Изучение объема медицинской помощи показал, что из 1575 пациентов, нами проанализированных, в травмпункте все пациенты с переломами, 85,0 на 100 пациентов с вывихами, 79,2 с разрывами и растяжениями капсульно-

связочного аппарата, 46,7 с травмами внутренних органов прошли рентген обследование, 15,4 пациентам на 100 обследованных выполнены лабораторные исследования, 21,2 на 100 обследованных пациентов с травмами внутренних органов и головы были направлены и консультированы специалистами (хирург, уролог, нейрохирург).

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 прочие. Профилактическую иммунопрофилактику прошла около 75,0% пациентов с поверхностной травмой и открытой раной.

Установлено, что 35,0% из числа пациентов с травмами и 12,5% с поверхностной травмой (ушибы) прошли повторное рентген обследование, 27,0% повторное гипсование или наложение лонгета, 15,7% лабораторное исследование, 55,0% – обработку ран и перевязки. В тоже время 12,5% медицинских услуг по обследованию и 9,3% – по лечению выполнены с дефектами, при этом 15,6% пациентов с поверхностной травмой, 13,4% с переломами не прошли повторное рентген обследование из-за отсутствия рентгеновских пленок, 18,2% пациентов с переломами не направлены на лабораторные исследования, 12,7% пациентам с открытой раной и 15,7% пациентам с поверхностной травмой не выполнена иммунопрофилактика, 14,9% пациентам с вывихами не установлена лонгета и др. На КТ направлены только 2 пациента и на консультацию хирурга 5 пациентов из 100 получивших травму внутренних органов. Дефекты в оказании медицинской помощи обусловлены недофинансированием объемов медицинской помощи.

Изучение организации профилактики травм Республиканским центром медицинской профилактики и врачей-травматологов 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 в 3-х поликлиниках были оформлены санитарные бюллетени по профилактике ожоговой травмы среди населения.

Анкетирование пациентов позволило оценить удовлетворенность пациентов доступностью медицинской помощи. Результаты свидетельствуют, что 32,4 на 100 опрошенных пациентов не удовлетворены организацией медицинской помощи 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 отметили невнимательное и грубое отношение персонала к пациентам (21,6 на 100 опрошенных). Хотя на повторный прием врач-травматолог назначает время, 45,7 на 100 опрошенных пациентов, обратившихся с целью долечивания, отметили несовпадение времени записи на прием и 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, предупреждению осложнений, о профилактике травм, заболеваний костно-мышечной системы.

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. Из Фонда обязательного медицинского страхования оплачено 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 по профилактике 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 повторных пациентов, обращающихся с целью долечивания, организована электронная запись на прием к врачу и запись через инфомат. Медико-организационные мероприятия по профилактике травм включают 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 аккордных дней, посвященных 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 на 1000 взрослого населения. Хронометражные наблюдения показали, что снизилось время ожидания приема врача первичного и повторного пациента, а также время ожидания обследований. Так, до введения электронной записи на прием к врачу время ожидания приема врача при первичном обращении пациента составила с 19,2 мин., ожидания при повторном обращении на долечивание – 28,5 мин. После внедрения мероприятий это время 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%. Финансирование травмпункта увеличилось на 25,9%.

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 и

5,7%) и в коммунальной квартире (7,8% против и 2,5%), были заняты на рабочих специальностях (55,6% против и 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, травм 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. Дефекты в организации медицинской помощи обусловлены ее недофинансированием. 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%, увеличился 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, санитарные бюллетени.
5. Финансирование медицинской помощи в травмпунктах следует проводить с учетом динамики травматизма среди населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуразаков, У.А. Актуальные проблемы дорожно-транспортного травматизма в Республике Казахстан / У.А. Абдуразаков, В.Р. Комник // Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешенные вопросы, ошибки и осложнения: тез. докл. II Междунар. конгр. травматологов и ортопедов. – М.: ГЭОТАР Медиа, – 2011. – С. 237-238
2. Агаджанян, В.В. Организационные аспекты оказания медицинской помощи с политравмой в стационарах первого уровня / В.В. Агаджанян // Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешенные вопросы, ошибки и осложнения: тез. докл. II Междунар. конгр. травматологов и ортопедов. – М.: ГЭОТАР Медиа, – 2011. – С. 33.
3. Александров, С.В. Организация интегрированного амбулаторного травматологического центра на базе многопрофильного стационара / С.В. Александров, В.А. Голубев, П.А. Иванов // Детская хирургия. – 2019. – № 181(23). – С. 12.
4. Александрова, Н.Г. Профилактика производственного травматизма / Н.Г. Александрова // Вестник научных конференций. – 2017. – № 4-4 (20). – С. 9-14.
5. Амвросов, Д.Э. Травматизм как медико-социальная проблема / Д.Э. Амвросов, Г.Я. Клименко // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2009. – № 11. – С. 121-125.
6. Анализ и оценка основных показателей травматизма в Астраханском регионе / И.В. Гречухин, А.А. Шоя, А.М. Куркин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 5. – С. 23-26.
7. Анализ показателей первичной инвалидности взрослого населения в Республике Башкортостан / Р.М. Арсланов, Р.М. Халфин, И.Р. Валиев [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – № 4. – С. 53-59.

8. Анализ смертности лиц трудоспособного возраста от внешних причин в Удмуртской Республике за период 2012-2014 гг. / Н.М. Попова, М.В. Терехов, К.С. Бурдина, В.А. Протопопов // Проблемы современной науки и образования. – 2017. – № 4 (86). – С. 96-101.
9. Анализ смертности пострадавших с тяжелой изолированной черепно-мозговой травмой по городу Уфе / В.Е. Лешкова, М.А. Садритдинов, Р.А. Шарипов [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – № 4. – С. 13-15.
10. Анализ травматизма и профессиональной заболеваемости работников Нижегородской области / Л.А. Васильева, В.Ю. Матвеев, Н.В. Онегова [и др.] // Вестник НГИЭИ. – 2014. – № 6 (37). – С. 33-44.
11. Анализ функций и качества жизни пожилых пациентов с переломами бедренной кости / М.Н. Джаксыбаев, С.С. Альходжаев, К.М. Тезекбаев [и др.] // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2016. – № 3-1. – С. 200-208.
12. Андреева, Т.М. Травматизм в Российской Федерации в начале нового тысячелетия / Т.М. Андреева, Е.В. Огрызко, И.Л. Редько // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2007. – № 2. – С. 59-63.
13. Аухатова, С.Н. Анализ острых отравлений населения Республики Башкортостан по показателям социально-гигиенического мониторинга / С.Н. Аухатова // Экологические и социально-гигиенические аспекты здоровья населения Сибири: матер. конференции и семинара. – Новосибирск, – 2017. – С. 82-85.
14. Ашуров, З.Е. Изучение структуры травматизма и совершенствование профилактической деятельности семейных врачей в ГЦЗ №1 г. Душанбе / З.Е. Ашуров, З.А. Мирзоева, Д.Д. Давлятова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2015. – № 2. – С. 15-18.
15. Багненко, С.Ф. Лечение тяжелых повреждений таза у пострадавших в политравмой путем этапного последовательного комбинированного остеосинтеза / С.Ф. Багненко, Ю.Б. Каштанский, Р.С. Рзаев // Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешенные вопросы, ошибки и

осложнения: тез. докл. II Междунар. конгр. травматологов и ортопедов. – М.: ГЭОТАР Медиа, – 2011. – С. 46.

16. Баранов, О.П. Особенности формирования потерь населения агропромышленного региона от травм и несчастных случаев / О.П. Баранов // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2011. – № 2. – С. 41-43.

17. Белякин, С.К. Методика количественной оценки приоритетных рисков профессионального травматизма / С.К. Белякин, С.П. Левашов // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Безопасность и управление рисками. – 2016. – № 5. – С. 168-180.

18. Блаженко, А.Н. Обоснование лечебно-диагностических подходов при оказании медицинской помощи пострадавшим в остром периоде политравмы в многопрофильном стационаре: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.01.15; 14.01.17 / Блаженко Александр Николаевич. – М., – 2012. – 319 с.

19. Боева, А.В. Характеристика смертности населения г. Иркутска от внешних причин и некоторых заболеваний на фоне приема этилового алкоголя / А.В. Боева, Л.А. Зимина, А.В. Семёнов // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2013. – № 3-1 (91). – С. 140-143.

20. Большой медицинский словарь. – М.: Академик, – 2010. – Режим доступа: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/medic2/47272> (Дата обращения: 14 июля, 2017).

21. Боровков, В.Н. Оценка утраты здоровья вследствие дорожного травматизма / В.Н. Боровков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 1. – С. 30-31.

22. Бурцев, А.А. Медицинский и правовой аспекты профилактики автодорожного травматизма, связанного с опьянением водителя транспортного средства / А.А. Бурцев. – М., – 2017. – С.147.

23. Вайсман, Д.Ш. Достоверность статистики смертности от травм головы у жителей Тульской области в 2017 году / Д.Ш. Вайсман // Судебная Медицина. – 2018. – №4(3). – С. 22-23.

24. Вайсман, Д.Ш. Кодирование и выбор первоначальной причины смерти при травмах и отравлениях в соответствии с обновлениями ВОЗ / Д.Ш. Вайсман // Судебная медицина. – 2015. – Т. 1, № 3. – С. 17-20.
25. Васин, С.А. Смертность от повреждений с неопределенными намерениями в России и в других странах / С.А. Васин // Демографическое обозрение. – 2015. – Т. 2, № 1. – С. 89-124.
26. Веретехина, С.В. Дистанционный труд как форма профилактики травматизма и несчастных случаев и перспективная форма развития регионов РФ / С.В. Веретехина, А.А. Солдатов // Материалы Ивановских чтений. – 2016. – № 4–2 (9). – С. 22-29.
27. Вклад алкоголя в смертность от внешних причин / С.П. Сапожников, В.А. Козлов, В.А. Кичигин, А.В. Голенков // Экология человека. – 2018. – № 3. – С. 51-57.
28. Влияние ограничения продажи алкоголя в ночное время на уровень травматизма / С.В. Козуля, А.С. Дьяков, Б.М. Исаев, А.А. Чернецкий // Апробация. – 2016. – № 6 (45). – С. 189-192.
29. Влияние человеческого фактора на травматизм / А.М. Королева, В.С. Вершинина, А.А. Стефанов, Р.В. Корунов // Проблемы безопасности российского общества. – 2018. – № 3 (23). – С. 47-50.
30. Войновский, Е.А. О создании единой системы оказания первой помощи в Российской Федерации / Е.А. Войновский, К.И. Лысенко, Л.И. Дежурный // Военно-медицинский журнал. – 2011. – № 8. – С. 11-17.
31. Вопросы анализа и проблемы достоверности статистических данных о производственном травматизме на предприятиях Российской Федерации / Б.Ч. Месхи, И.А. Занина, М.Д. Молев, М.С. Плешко // Безопасность техногенных и природных систем. – 2018. – № 3-4. – С. 18-29.
32. Воронцова, Т.Н. Мониторинг состояния травматизма и ортопедической заболеваемости взрослого населения Санкт-Петербурга в 2009–2011 гг. и работы амбулаторной травматолого-ортопедической службы города / Т.Н. Воронцова, С.С.

- Лучанинов // Профилактическая и клиническая медицина. – 2012. – № 2 (43). – С. 12-17.
33. Всемирная организация здравоохранения. Город, где старость в радость, — город для всех возрастов. – [Б.м.], – 2007. – Режим доступа: URL: <https://moigoda.files.wordpress.com/2007/11/age-friendly-city-guide-russian.pdf> (Дата обращения: 13.05.2019).
34. Голухов, Г.Н. Травматизм взрослого населения / Г.Н. Голухов, И.А. Редько // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – № 5. – С.49-51.
35. Гречухин, И.В. Оценка основных показателей травматизма населения Астрахани и вопросы ее профилактики / И.В. Гречухин // Астраханский медицинский журнал. – 2012. – № 7 (3). – С. 129-134.
36. Губайдуллин, М.И. Эпидемиология дорожно-транспортных происшествий и транспортного травматизма (обзор отечественной и зарубежной литературы) / М.И. Губайдуллин // Человек. Спорт. Медицина. – 2010. – № 19 (195). – С. 89-93.
37. Гуманенко, Е.К. Политравма: травматическая болезнь, дисфункция иммунной системы, современная стратегия лечения / Е.К. Гуманенко, В.К. Козлов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, – 2008. – 608 с.
38. Гусев, Д.С. Клинико-статистическая характеристика больных с травмами, приведшими к госпитализации / Д.С. Гусев // Наука и образование XXI века: сб. ст. Междунар. науч.-практич. конф. – Уфа: РИЦ БашГУ, – 2013. – С. 150-155.
39. Гусев, Д.С. Состояние и научное обоснование организационных форм оптимизации стационарной травматологической помощи населению Юга России (на примере Астраханской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Гусев Денис Сергеевич. – СПб., – 2014. – 20 с.
40. Девяткова, Г.И. Анализ показателей травматизма, связанного с управляемой причиной (гололед) на примере крупного краевого центра (город Пермь) / Г.И. Девяткова, А.А. Мчедлишвили, Е.Р. Щепеткова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – № 11-2. – С. 267-271.

41. Деревянский, В.Ю. Структурно-вероятностный метод оценки причин травматизма / В.Ю. Деревянский // Способы и средства создания безопасных и здоровых условий труда в угольных шахтах. – 2018. – № 2 (41). – С. 49-57.
42. Десять ведущих причин смерти в мире: Информационный бюллетень. – Женева, ВОЗ, 2017. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/index1.html>.
43. Динамика травматизма и его последствий в республике Татарстан в 2002-2011 гг. / И.И. Шайхутдинов, Р.Х. Ягудин, Е.Г. Чернова [и др.] // Практическая медицина. – 2013. – Т. 2, № 1-2 (69). – С. 184-193.
44. Доклад о безопасности состояния дорожного движения в мире. – Женева: ВОЗ, – 2015. – 16 с.
45. Доклада о состоянии безопасности дорожного движения в мире, 2013 г.: резюме. – Женева: ВОЗ, – 2013. – 12 с.
46. Донцов, А.С. Организация производства с нулевым травматизмом и безопасными условиями труда в машиностроении / А.С. Донцов, Л.Ф. Дроздова // XXI век: итоги прошлого и проблемы настоящего плюс. – 2019. – № 1(8). – С. 154-158.
47. Дорожно-транспортный травматизм. Часть 2: Факторы риска и меры профилактики. (литературный обзор) / А.О. Мысаев, К.Е. Сеилханов, Д.М. Дюсенбаев [и др.] // Наука и здравоохранение. – 2014. – № 1. – С. 15-20.
48. Дубровин, М.С. Медико-социальный портрет больного с травмой челюстно-лицевой области / М.С. Дубровин // Российский медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 9-11.
49. Дягилев, А.В. Анализ травматологической помощи пострадавшим в г. Самаре за 2017-2018 годы / А.В. Дягилев, А.В. Галочкин // Наука XXI ВЕКА: актуальные направления развития. – 2019. – № 1-2. – С. 213-216.
50. Евстигнеева, Н.А. Влияние временных факторов на уровень травматизма в дорожно-транспортных происшествиях / Н.А. Евстигнеева, Ю.В. Евстигнеева // Вестник НЦБЖД. – 2018. – № 1 (35). – С. 102-111.

51. Евсюков, А.А. Медико-демографические и организационные основы медицинской помощи сельскому населению в современных экономических условиях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Евсюков Андрей Александрович. – М., – 2010. – 50 с.
52. Елфимов, П.В. Научное обоснование современных технологий и организации травматологической помощи в многопрофильной больнице: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Елфимов Павел Васильевич. – М., – 2010. – 24 с.
53. Ерукова, Ю.О. Нормативно-правовая база расследования случаев травмирования граждан / Ю.О. Ерукова, В.А. Аксенов // Проблемы безопасности российского общества. – 2018. – № 4 (24). – С. 31-35.
54. Ефремова, В.Е. Научное обоснование оптимизации системы управления кадровыми ресурсами среднего медицинского персонала федеральных медицинских организаций: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Ефремова Валентина Евгеньевна. – М., – 2014. – 25 с.
55. Железин, О.В. Пути совершенствования организации и оказания медицинской помощи пациентам с сочетанными травмами в условиях крупнейшего промышленного центра (на примере г. Нижний Новгород): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Железин Олег Валерьевич. – Рязань, – 2012. – 24 с.
56. Железин, О.В. Травматизм как медико-социальная проблема / О.В. Железин // Формирование и укрепление общественного здоровья в современных условиях: межрегиональный сб. науч. трудов. – Липецк, – 2011. – Вып. 3. – С. 21-25.
57. Завьялов, А.М. Эффективность технологических решений по профилактике травматизма граждан / А.М. Завьялов, Г.В. Гольшева, Е.А. Сорокина // Проблемы безопасности российского общества. – 2018. – № 3(23). – С. 79-87.
58. Зайцева, У.И. Медико-социальная характеристика лиц с политравмой / У.И. Зайцева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 1. – С. 27-30.
59. Захарова, Е.К. Анализ глазного травматизма в республике Саха (Якутия) / Е.К. Захарова, Т.Р. Поскачина, А.Н. Назаров // Якутский медицинский журнал. – 2017. – № 2 (58). – С. 28-30.

60. Здоровье населения – основа развития здравоохранения / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, В.О. Щепин, В.А. Медик. – М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, – 2009. – 375 с.
61. Значение результатов краш-тестов с моделями нижних конечностей пешеходов в профилактике дорожно-транспортного травматизма / С.А. Смиренин, В.А. Фетисов, В.Г. Григорян [и др.] // Судебно-медицинская экспертиза. – 2017. – Т. 60, № 3. – С. 13-18.
62. Иванова, А.Е. Приобретенные проблемы сокращения смертности / А.Е. Иванова, В.Г. Семенова // Демографические перспективы России / под ред. В.Г. Осипова, С.В. Рязанцева. – М.: Экон-Информ, – 2008. – С. 359-372.
63. Искандаров, И.Р. Совершенствование организации медико-санитарной помощи (на примере крупного промышленного города): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Искандаров Ильдар Раушанович. – М., – 2019. – 23 с.
64. Использование интегральных шкал для прогноза сроков лечения пациентов с переломами костей таза при сочетанной травме / А.С. Тюрин, И.Е. Гридчик, Н.Н. Шипков, Е.С. Борисов // Врач-аспирант. – 2012. – Т. 50, № 1.2. – С. 359-363.
65. Какорина, Е.П. Информационное обеспечение статистики травматизма в Российской Федерации / Е.П. Какорина, Е.В. Огрызко, Т.М. Андреева // Врач и информационные технологии. – 2014. – № 2. – С. 67-73.
66. Карпов, Р.Е. Анализ причин и профилактика производственного травматизма в строительной отрасли / Р.Е. Карпов // Инновационная наука. – 2018. – № 6. – С. 27-31.
67. Коновалов, А.Н. Непроизводственный травматизм у работающего городского населения и пути его профилактики: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Коновалов Александр Николаевич. – СПб., 2007. – 138 с.
68. Корнилов, Н.В. Травматология и ортопедия / Н.В. Корнилов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, – 2011. – 594 с.
69. Королев, В.М., Организация медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой в условиях травмоцентра первого уровня / В.М. Королев, В.Н. Кораблев. – Хабаровск: ДВГМУ, – 2012. – 98 с.

70. Какорина Е.П., Никитина С.Ю. Особенности структуры смертности в Российской Федерации. – Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 5 (27). – С. 822-826.
71. Кувакин, В.И. Ретроспективный анализ травматизма и состояния травматолого-ортопедической помощи населению на рубеже XX–XXI веков / В.И. Кувакин, А.Ж. Чёрный, Т.Н. Воронцова // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2013. – Т. 3, № 43. – С. 1-5.
72. Кузьмин, А.Г. Роль алкогольной интоксикации в дорожно-транспортном травматизме / А.Г. Кузьмин // Врач скорой помощи. – 2019. – № 1. – С. 16-25.
73. Леонов, С.А. Динамика основных показателей автодорожного травматизма в Российской Федерации / С.А. Леонов, Е.В. Огрызко, Т.М. Андреева // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2009. – № 3. – С. 86-89.
74. Майорова, Ю.Г. Повторные переломы у пациентов психогеронтологического профиля с остеопорозом: оценка риска и профилактика / Ю.Г. Майорова // Омский психиатрический журнал. – 2019. – № 1(19). – С. 22-26.
75. Мартиросян, М.М. Смертность населения Республики Армения как показатель здоровья и критерий качества медицинской помощи / М.М. Мартиросян. – Ереван: Лимуш, – 2009. – 248 с.
76. Методические подходы к оценке потребности в травматолого-ортопедической помощи детскому населению в Новосибирской области / Т.А. Мыльникова, Л.С. Шалыгина, М.В. Гусев [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2014. – № 3. – С. 10-14.
77. Методические подходы к расчету потенциальной востребованности клинко-диагностических технологий / В.О. Щепин, Ю.И. Бравве, А.И. Бабенко, А.Л. Томчук // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 5. – С. 39-42.
78. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбратен, Г.И. Галанова. – М.: Медицина, – 2011. – 176 с.

79. Мигунова, О.В. Медико-социальные и эпидемиологические аспекты смертности населения старших возрастных групп в Омской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Мигунова Ольга Валерьевна. – М., – 2011. – 26 с.
80. Милюков, А.Ю. Хирургическая тактика и организация специализированной медицинской помощи пострадавшим при изолированных, множественных и сочетанных повреждениях таза: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.15 / Милюков Андрей Юрьевич. – Новосибирск, – 2013. – 354 с.
81. Миронов, С.П. Болезни костно-мышечной системы как социально-экономическая проблема / С.П. Миронов, Н.А. Еськин, Т.М. Андреева // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2012. – № 2. – С. 3-7.
82. Миронов, С.П. Состояние специализированной амбулаторной травматолого-ортопедической помощи пострадавшим от травм и больным с патологией костно-мышечной системы / С.П. Миронов, Н.А. Еськин, Т.М. Андреева // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приоров. – 2010. – № 1. – С. 3-8.
83. Монастырев, В.В. Хирургическое лечение пациентов с хронической посттравматической передней нестабильностью плечевого сустава при костном дефекте суставной поверхности лопатки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 / Монастырев Василий Владимирович. – Новосибирск, – 2014. – 21 с.
84. Мониторинг риска бытового травмирования / М.Ж. Турсунов, Б.Ж. Унайбаев, М.Я. Богаров, К.Р. Курмангалиева // Сборник трудов VI Международной научно-практической конференции / отв. ред.: Пудов Е.Ю., Клаус О.А. – [Б.м.], – 2018. – С. 378-382.
85. Мустафин, Р.М. Социально-гигиенические проблемы смертности сельского населения Республики Башкортостан от травм, отравлений и внешних причин / Р.М. Мустафин, Н.Х. Шарафутдинова // Общественное здоровье, управление здравоохранением и подготовка кадров: матер. Всерос. науч. конф. – М., – 2007. – С. 115-120.
86. Некоторые аспекты смертности населения Республики Башкортостан / Э.В. Рахматуллин, Н.Х. Шарафутдинова, М.В. Борисова [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. – 2014. – № 2. – С. 51-52.

87. Никольская, О.Г. Организационная модель совершенствования экспертизы временной нетрудоспособности в городской больнице / О.Г. Никольская, В.В. Павлов, С.А. Суслин // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 1. – С. 21-28.
88. Норкин И.А. Травматолого-ортопедическая служба региона: проблемы и задачи / И.А. Норкин, А.В. Баратов, Т.Н. Акимова [и др.] // Здравоохранение российской федерации. – 2014. – №4. – С. 12-17.
89. О проблеме системного анализа и программе снижения травматизма и смертности на европейском севере России / С.Н. Черкасов, Б.А. Спасенников, Д.О. Мешков, А.М. Смирнов // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко. – 2017. – № 6. – С.69-78.
90. Обухова, Е.В. Совершенствование научных подходов в управлении медицинской помощью пациентам с термическими поражениями: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Обухова Елена Викторовна. – М., – 2013. – 26 с.
91. Опыт работы в первом в Уфе круглосуточном детском травмпункте / Д.И. Юнусов, Л.З. Хамидуллина, А.Г. Столярова, А.И. Халиков // Детская хирургия. – 2019. – № 184 (23). – С. 73.
92. Основные принципы диагностики и лечения тяжелой сочетанной травмы / С.Ф. Багненко, А.С. Ермолов, В.В. Стожаров [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2008. – № 3. – С. 3-7.
93. Падения в стационаре у пациентов старческого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями и полипрагмазией / Е.С. Ильина, О.Т. Богова, И.И. Синицина [и др.] // Нервно-мышечные болезни. – 2018. – № 8(3). – С. 19-27.
94. Пальшин, Г.А. Травматизм, заболеваемость костно-мышечной системы и состояние травматолого-ортопедической помощи населению Дальневосточного федерального округа Российской Федерации / Г.А. Пальшин, Т.С. Федоров // Вестник ЯГУ. – 2010. – Т. 7, № 2. – С. 56-63.
95. Педагогическая технология формирования навыков самостраховки для профилактики травматизма при падениях / С.С. Бондин, Р.В. Едигарев, С.В.

- Григорьева [и др.] // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2018. – № 8(162) – С. 23-27.
96. Пелеганчук, В.А. Научное обоснование организации специализированной медицинской помощи при множественных и сочетанных повреждениях в субъекте Российской Федерации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03; 14.01.15 / Пелеганчук Владимир Алексеевич. – Новосибирск, – 2010. – 46 с.
97. Первый в России муниципальный регистр травм: создание, логистика и роль в городской программе профилактики травматизма / Т.Н. Унгурияну, А.В. Кудрявцев, В.Г. Анфимов [и др.] // Экология человека. – 2017. – № 3. – С. 56-64.
98. Петровский, Е.В. Проблема преемственности при оказании медицинской помощи как элемент нарушения прав пациента с травматологической патологией / Е.В. Петровский, Л.Ю. Гарин, Е.Е. Тоненкова // Медицинский альманах. – 2019. – № 2 (59). – С. 14-19.
99. Пешкун, А.В. Дорожно-транспортный травматизм в Московской области и совершенствование оказания скорой медицинской помощи пострадавшим в догоспитальном периоде: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Пешкун Александр Владимирович. – М., – 2013. – 156 с.
100. Повреждения органа зрения при сочетанных травмах в дорожно-транспортных происшествиях / А.Г. Ластовецкий, М.В. Лебедев, О.В. Складорова [и др.] // Вестник Пензенского государственного университета. – 2014. – № 3 (7). – С. 58-63.
101. Полунина, Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение / Н.В. Полунина. – М.: МИА, – 2010. – 544 с.
102. Полунина, Н.В. Статистические методы изучения и оценки здоровья населения: учебное методическое пособие / Н.В. Полунина. – М., – 2012. – 231 с.
103. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. N901н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "травматология и ортопедия"".
104. Пути совершенствования организации профилактики травматизма в Астрахани / И.В. Гречухин, Н.Г. Одиноченко, С.А. Зимний [и др.] // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 171-175.

105. Радкевич, С.А. Одноэтапные операции при множественной травме крупных сегментов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.22 / Радкевич Светлана Анатольевна. – М., 2009. – 24 с.
106. Рахматуллин, Э.В. Жизненные и трудовые потери в результате смертности от внешних причин в Республике Башкортостан / Э.В. Рахматуллин // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – № 6. – С. 5-9.
107. Редько, И.А. Проблемы бытового травматизма / И.А. Редько // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 6. – С. 15-21.
108. Редько, И.А. Современные социально-гигиенические и клинические особенности бытового травматизма: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.22; 14.00.33 / Редько Игорь Александрович. – М., 2007. – 380 с.
109. Рязанцев, С.В. Дифференциация смертности от внешних причин в Российской Федерации и Республике Беларусь / С.В. Рязанцев, М.Н. Храмова, А.С. Гришин // Научное обозрение. Серия 2: Гуманитарные науки. – 2017. – № 4-5. – С. 5-14.
110. Салимов, Н.Ф. Динамика ключевых показателей травматизма в Таджикистане / Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков // Здравоохранение Таджикистана. – 2015. – № 1 (324). – С. 117-123.
111. Сафоничева, О.Г. Профилактика травматизма у людей пожилого возраста. Персонализированный подход / О.Г. Сафоничева // Мануальная терапия. – 2016. – № 4 (64). – С. 95-96.
112. Селиванов, Л.К. Оценка риска травмирования в Российской Федерации и федеральных округах / Л.К. Селиванов // Актуальные проблемы авиации и космонавтики. – 2016. – № 12. – С. 975-977.
113. Сиразитдинов, С.Д. Совершенствование организации травматологической помощи в г. Казани по принципу территориального зонирования (оценка результатов по данным республиканского научно-практического центра травмы) / С.Д. Сиразитдинов, И.О. Панков // Сборник материалов Всероссийской мультидисциплинарной научно-практической конференции, посвященной 100-летию Казанской школы травматологов-ортопедов. – Казань, – 2018. – С. 75-76.

114. Скороглядов, А.В. Концепция улучшения качества оказания квалифицированной помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в условиях многопрофильной больницы / А.В. Скороглядов, М.В. Лядова, А.П. Ратьев // Российский медицинский журнал. – 2014. – № 2. – С. 10-12.
115. Соколов, В.А. Дорожно-транспортные травмы / В.А. Соколов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2011. – № 4. – С. 74-79.
116. Соколов, В.А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов. – М.: Медицина, 2006. – 256 с.
117. Состояние и пути совершенствования ортопедо-травматологической службы в Иркутской области / Г.В. Сидорова, В.А. Сороковников, О.М. Черникова [и др.] // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – № 4 (80). – С. 327-331.
118. Состояние травматизма и ортопедической заболеваемости взрослого населения Санкт-Петербурга в 2009–2011 гг. и работа травматолого-ортопедической службы города / Р.М. Тихилов, Т.Н. Воронцова, А.Ж. Черный, С.С. Лучанинов // Травматология и ортопедия России. – 2012. – № 4. – С. 110-119.
119. Структура амбулаторных больных с переломами длинных костей конечностей, поступающих на лечение в городской многопрофильный стационар / И.Г. Беленький, Д.И. Кутянов, А.Ю. Спесивцев [и др.] // Вестник СПбГУ. Серия 11. – 2011. – № 2. – С. 45-51.
120. Структура, особенности и характер сочетанных травм таза у пострадавших в травмоцентре I уровня Санкт-Петербургской агломерации / И.В. Кажанов, С.И. Микитюк, Е.А. Колчанов, А.В. Петров // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2019. – № 2. – С. 25-38.
121. Судак, С.В. Анализ производственного травматизма в России и Мурманской области за 2005-2009 годы / С.В. Судак // Вестник МГТУ. – 2011. – № 4. – С. 860-867.
122. Титаренко, С.В. Динамическая оценка результатов лечения больных с множественными переломами опорно-двигательного аппарата: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 / Титаренко Сергей Владимирович. – М., 2012. – 22 с.

123. Тихилов, Р.М. Динамика основных показателей смертности населения Ленинграда-Санкт-Петербурга от травм и воздействия внешних причин (итоги мониторинга, проведённого с 1976 по 2008 г.) / Р.М. Тихилов, Т.Н. Воронцова, С.С. Лучанинов // Травматология и ортопедия России. – 2010. – № 1 (55). – С. 106-114.
124. Тихилов, Р.М. Динамика основных показателей травматизма и заболеваемости костно-мышечной системы у населения Ленинграда – Санкт-Петербург (итоги тридцатилетнего мониторинга, проведенного с 1976 по 2007 гг.) / Р.М. Тихилов, Т.Н. Воронцова, С.С. Лучанинов // Травматология и ортопедия России. – 2008. – № 4. – С. 100-106.
125. Тихонова, Г.И. Производственный травматизм как проблема социально-трудовых отношений в России / Г.И. Тихонова, А.Н. Чуранова, Т.Ю. Горчакова // Проблемы прогнозирования. – 2012. – № 3. – С. 103-118.
126. Уровень и структура травматизма среди жителей г. Уфы / Н.Х. Шарафутдинова, Р.Р. Даутов, М.В. Борисова [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2017. – № 1 (67). – С. 71-74.
127. Ушаков, С.А. Лечение пострадавших с переломами вертельной области бедренной кости методом интрамедуллярного остеосинтеза в условиях городской больницы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.22 / Ушаков Сергей Александрович. – Курган, – 2009. – 23 с.
128. Фаттахов, Т.А. Дорожно-транспортные происшествия и смертность в России:1956-2012 / Т.А. Фаттахов // Демографическое обозрение. – 2015. – № 2. – С. 6-36.
129. Федоров, В.Г. Патогенетический подход к хирургическому лечению больных с компрессионными переломами костей нижних конечностей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.15 / Федоров Владимир Григорьевич. – Пермь, – 2012. – 49 с.
130. Ханбикова, Э.Р. Проблема травматизма и его профилактики, особенности протекания травм в Саратовской области / Э.Р. Ханбикова, Т.М. Богданова // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 5. – С. 53.

131. Хетагурова А.К. Медико-социальные аспекты травматизма в Тюменской области: современные подходы к совершенствованию травматологической помощи / А.К. Хетагурова, О.В. Галиулина // Сестринское дело. – 2008. – № 8. – С. 14-18.
132. Черепанова, И.С. Комплексное социально-гигиеническое и клиническое исследование бытового травматизма / И.С. Черепанова, И.А. Редько // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2009. – № 1. – С. 28-31.
133. Шапошников, В.И. Экономическое значение профилактики травматизма / В.И. Шапошников // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2017. – № 5. – С. 65-73.
134. Шарафутдинова, Н.Х. Основные причины смерти населения Республики Башкортостан от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин / Н.Х. Шарафутдинова, Э.В. Рахматуллин, М.В. Борисова // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3 – С. 1-9.
135. Шельгин, К.В. Травматическая смертность и потребление алкоголя в Мурманской области / К.В. Шельгин, Л.И. Ложкина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – № 1 (47). – С. 4.
136. Шишкин, Е.В. Профилактика возникновения и оптимизация организации медицинской помощи при множественных, сочетанных и шоковых травмах / Е.В. Шишкин // Уральский медицинский журнал. – 2019. – №3 (171). – С. 107-110.
137. Шлыков, И.Л. Состояние и перспективы развития травматолого-ортопедической службы Уральского федерального округа / И.Л. Шлыков, А.В. Рыбин, З.И. Горбунова // Гений Ортопедии. – 2012 – № 4. – С. 10-14.
138. Шостак, Н.А. Остеопороз – клинические аспекты переломов позвонков, подходы к лечению / Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк // Справочник поликлинического врача. – 2016. – № 4. – С. 55-63.
139. Шугинов, А.А. Влияние ожирения на риск травматизма / А.А. Шугинов, Т.Г. Опенко // Инновации в медицине, психологии и педагогике: матер. VII Междунар. науч.-практич. конф. – Новосибирск, – 2016. - С. 80-85.
140. Шугинов, А.А. Травматизм и ожирение: точки пересечения (обзор литературы) / А.А. Шугинов, С.А. Фирсов, Т.Г. Опенко // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. – 2016. – № 1. – С. 107-119.

141. Шурупов, Э.В. Анализ первичной инвалидности вследствие травм, отравлений и других воздействий внешних причин у взрослого населения Липецкой области за 2012 – 2016 гг. / Э.В. Шурупов, М.В. Толмачева, Л.М. Пономарева // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2018. – № 1. – С. 74-83.
142. Щепин, В.О. Основные тенденции заболеваемости от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействий внешних причин в субъектах Российской Федерации / В.О. Щепин, Е.В. Шишкин // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 1. – С. 46-55.
143. Щепин, В.О. Роль травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин в смертности населения Российской Федерации / В.О. Щепин, Е.В. Шишкин // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 6. – С. 18-24.
144. Щепин, В.О. Состояние и деятельность здравоохранения в Российской Федерации в 2008 году / В.О. Щепин, О.В. Миргородская // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. – 2010. – № 3. – С. 7-14.
145. Эпидемиология дорожно-транспортного травматизма в Республике Казахстан в 2013-2015 годах / З.Б. Абдрахманова, М.А. Булешов, И.С. Молдалиев [и др.] // Экология человека. – 2017. – № 5. – С. 14-20.
146. Эпидемиология травматизма в г. Шымкент Южно-Казахстанской области Республики Казахстан: обоснование необходимости создания муниципального регистра травм / А.М. Булешова, М.А. Булешов, А.В. Кудрявцев [и др.] // Экология человека. – 2016. – № 6. – С. 55-61.
147. Юмагузин, В.В. Обеспечение безопасности и формирование навыков безопасного поведения пожилых людей в повседневной жизни: опыт Великобритании / В.В. Юмагузин, М.В. Винник // Государственное управление. Электронный вестник. – 2015. – № 53. – С. 132-160.
148. An estimate of the number of lives that could be saved through improvements in trauma care globally / C. Mock, M. Joshipura, C. Arreola-Risa [et al.] // World J. Surg. – 2012. – Vol. 36. – P. 959-963.

149. Brand, J.H.G. Acute compartment syndrome after lower leg fracture // J.H.G. Brand, N.L. Sosef, E.J.M.M. Verleisdonk, Ch. van der Werken // *Eur. J. Trauma.* – 2004. – Vol. 30. – P. 93-97.
150. Braun, T.H. Damage limitation in burn surgery / T.H. Braun, M.J. Muller // *Injury.* – 2004. – Vol. 35, № 7. – P. 697-707.
151. Cherpitel, C.J. Relative risk of injury from acute alcohol consumption: modeling the dose–response relationship in emergency department data from 18 countries / C.J. Cherpitel // *Addiction.* – 2015. – Vol. 110, № 2. – P. 279-288.
152. Country profiles on road traffic injuries. – Geneve: WHO, 2012. – URL: http://www.wpro.who.int/mnh/data/injuries_data/en/ (Дата обращения: 8 июля, 2017).
153. Epidemiology of trauma victims admitted to a level 2 trauma center of North India / V. Verma, A. Singh, G.K. Singh [et al.] // *Int. J. Crit. Illness Injury Sci.* – 2017. – Vol. 7. – P. 107-12.
154. Prehospital trauma care systems – WHO, 2014. – URL: http://www.who.int/entity/violence_injury_prevention/media/news/2015/Injury_violence_facts_2014/en/index.html
155. Femoral vessel injuries; analysis of factors predictive of outcomes / J.A. Asensio, E.J. Kuncir, L.M. Garcia-Nunez, P. Petrone // *J. Am. Coll. Surg.* – 2006. – Vol. 203. – P. 512-520.
156. Femur fractures and lung complications; a prospective randomized study of reaming / I.A. Anwar, F.D. Battistella, R. Neiman [et al.] // *Clin. Orthop. Relat. Res.* – 2004. – Vol. 422. – P. 71-76.
157. Ford, E.S. Prevalence and correlates of metabolic syndrome based on a harmonious definition among adults in the US / E.S. Ford, C. Li, G. Zhao // *J. Diabetes.* – 2010. – Vol. 2. – P. 180-193.
158. Gielen, A.C. Unintentional home injuries across the life span: problems and solutions / A.C. Gielen, E.M. McDonald, W. Shields // *Annu. Rev. Publ. Health.* – 2015. – Vol. 18, № 36. – P. 231-253.
159. Gururaj, G. Underreporting road traffic injuries in Bangalore: Implication for road safety policies and programmes / G. Gururaj, A.A. Thomas, M.N. Reddi // *Proceedings*

of the 5th World Conference on Injury Prevention and Control. – New Delhi: Macmillan India, 2000. – P. 54-60.

160. Inflammatory mediator are altered in the acute phase of posttraumatic complex regional pain syndrome / C. Schinkel, A. Gaerther, J. Zaspel [et al.] // Clin. J. Pain. – 2006. – Vol. 22. – P. 235-239.

161. Is trauma in Switzerland any different? Epidemiology and patterns of injury in major trauma – a 5-year review from a Swiss trauma centre / C. Heim, F. Bosisio, A. Roth [et al.] // Swiss Med. Wkly. – 2014. – Vol. 144. – P. 13958.

162. Jennett, B. The Glasgow coma scale: history and current practice / B. Jennett // J. Trauma. – 2002. – Vol. 4, № 2. – P. 91-103.

163. Kopits, E. Traffic fatalities and economic growth / E. Kopits, M. Cropper // Accid. Anal. Prev. – 2005. – Vol. 37. – P. 169-78.

164. Laflamme, L. Social differences in traffic injury risks in childhood and youth: a literature review and research agenda / L. Laflamme, F. Diderichsen // Injury Prevention. – 2000. – Vol. 6. – P. 293-298.

165. Langlois, J.A. Traumatic brain injury in the United States: Emergency Department Visits, Hospitalizations, and Deaths / J. A. Langlois, W. Rutland-Brown, K.E. Thomas. - Atlanta Ga, – 2006. – 55 p.

166. Lieber, C.S. Medical and nutritional complications of alcoholism: mechanisms and management / C.S. Lieber. – Springer Science & Business Media, – 2012. – 579 p.

167. Meel, B.L. Pre-hospital and hospital traumatic deaths in the former homeland of Transkei, South Africa / B.L. Meel // J. Clin. Forens. Med. – 2004. – Vol. 11, № 1. – P. 6-11.

168. Mohan, D. Traffic safety and health in Indian cities / D. Mohan // J. Transport Infrastructure. – 2002. – Vol. 9. – P. 79-92.

169. Munoz, M. Massive blood transfusion and mortality in polytrauma patients / M. Munoz, A. Campos, G. Ramirez // Vox Sang. – 2007. – Vol. 92. – P. 381.

170. Racial/ethnic disparities in rates of traumatic injury in Arizona, 2011-2012 / V. Chikani, M. Brophy, A. Vossbrink [et al.] // Public Health Rep. – 2016. – Vol. 131, № 5. – P. 704-10.

171. Radak, T.L. Caloric restriction and calcium's effect on bone metabolism and body composition in overweight and obese premenopausal women / T.L. Radak // *Nutr. Rev.* – 2004. – Vol. 62. – P. 468-481.
172. Relation between obesity and bone mineral density and vertebral fractures in Korean postmenopausal women / K.C. Kim, D.H. Shin, S.Y. Lee [et al.] // *Yonsei Med. J.* - 2010. – Vol. 51. – P. 857-630.
173. Relation of body composition, fat mass, and serum lipids to osteoporotic fractures and bone mineral density in Chinese men and women / Y.H. Hsu, S.A. Venners, H.A. Terwedow [et al.] // *Am. J. Clin. Nutr.* – 2006. – Vol. 83. – P. 146-154.
174. Relationship of obesity with osteoporosis / L.J. Zhao, Y.J. Liu, P.Y. Liu [et al.] // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2007. – Vol. 92. – P. 1640-1646.
175. Risk factors of road traffic accidents associated mortality in Northern Iran: A Single Center Experience Utilizing Oaxaca Blinder Decomposition / F. Sherafati, E. Homaie-Rad, A. Afkar [et al.] // *Bull. Emerg. Trauma.* – 2017. – Vol. 5. – P. 116-121.
176. Senneseth, M. Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder symptoms in accident and emergency attenders suffering from psychosocial crises: a longitudinal study / M. Senneseth, K. Alsaker, G.K. Natvig // J. Adv. Nurs. – 2012. – Vol. 68. – P. 402-413.
177. Sethi, D. Preventing injuries in Europe: from international collaboration to local implementation / D. Sethi, F. Racioppi, F. Mitis // WHO report. – 2010. – P.1.
178. Social and hygienic problems of household traumatism of the population of the Southern Kazakhstan area / A.M. Buleshova, M.A. Buleshov, N.S. Zhanabayev [et al.] // *Вестник Казахского Национального медицинского университета.* – 2016. – № 1. – С. 664-667.
179. Solagberu, B.A. Epidemiology and outcome of gunshot injuries in a civilian population in West Africa / B.A. Solagberu // *Eur. J. Trauma.* – 2003. – № 2. – P. 23-27.
180. Surgical management of Traumatic Brain / M.R. Bullock, R. Chesnut, J. Ghajar [et al.] // *Neurosurgery.* – 2006. – Vol. 58. – P. 25-46.
181. The HHS poverty Guidelines. - U.S, 2008. – URL: <https://aspe.hhs.gov/2008-hhs-poverty-guidelines> (Дата обращения: 14 июля, 2017).

182. The impact of hypothermia on trauma care at the 31st combat support hospital / Z. Arthurs, D. Cuadrado, A. Beekley [et al.] // *Am. J. Surg.* – 2006. – Vol. 191, № 5. – P. 610-614.
183. The Lower Extremity Assessment Project. The insensate foot following severe lower extremity trauma: an indication for amputation? / M.J. Boss, McCarthy, A.L. Jones [et al.] // *J. Bone Joint Surg. Am.* – 2005. – Vol. 87, № 12. – P. 2601-2608.
184. The metabolic syndrome and cardiovascular risk a systematic review and meta-analysis / S. Mottillo, K.B. Filion, J. Genest [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2010. – Vol. 56. – P. 1113-1132.
185. Thoracotomy for trauma. A reality check / C. Bendinelli, M. Sugrue, E. Caldwell, S. D. Amours // *ANZ J. Surg.* – 2008. – Vol. 78. – P. 143.
186. Trauma system maturity index: health topics. – WHO, 2017. – URL: <http://www.who.int/emergencycare/trauma/essential-care/maturity-index/en/> (Дата обращения: 13 июля, 2017).
187. Tsuei, Y.S. Craniocerebral gunshot wounds / Y.S. Tsuei // *J. Chin. Med. Assoc.* - 2005. – Vol. 68. – P. 375-380.
188. Vigorita, V.J. A quantitative histologic comparison: ACL degeneration in the osteoarthritic knee / V.J. Vigorita, F.D. Cushner, D.F. La Rosa // *Arthroplasty.* – 2003. – Vol. 18. – P. 87-92.
189. WHO Statistical Information System (WHOSIS) // WHOSIS [сайт]. - URL: <http://www.who.int/whosis/en/> (Дата обращения: 16.03.2016).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Карта выкопировки для травматологического пункта №

№	Учетные признаки	Ответы
1	№ амбулаторной карты	Вписать
2	Пол	1. Мужской 2. Женский.
3	Возраст, лет	Вписать _____
4	Вид страхового полиса	1. ДМС 2. ОМС
5	Социальное положение	1. Работающий 2. Пенсионер 3. Безработный 4. Учащийся 5. Военнослужащий. 6. Прочее
6	Профессия	Вписать
7	Должность	Вписать
8	Район проживания	1. Калининский 2. Орджоникидзевский 3. Кировский 4. Ленинский 5. Октябрьский 6. Советский 7. Демский 8. Другое
9	Поликлиника по месту жительства №	
10	Дата и время обращения	Число/месяц/год ____/____/____ г. Час:мин _____:
11	Дата и время получения травмы	Число/месяц/год ____/____/____ г. Час:мин _____:
12	Место получения травмы (обстоятельства, когда и что случилось)	Вписать
13	Тип обращения	1. Самообращение 2. Доставлен бригадой СМП
14	Доставлен бригадой СМП	Число/месяц/год ____/____/____ г. Час:мин _____:
15	Доставлен	1. Врачом 2. Фельдшером
16	Объем помощи СМП	1. Обработка раны

		2. Наложение асептической повязки 3. Наложение шины 4.
17	Прием	1. Первичный 2. Повторный.
18	Состояние пациента на момент обращения	1. Удовлетворительное 2. Средней степени тяжести 3. Тяжелое
19	Количество обращений по данному заболеванию	Указать
20	Предположение о употреблении алкоголя	1. Да 2. Нет
21	Предположительная степень алкогольного опьянения	1. Лёгкое опьянение 2. Опьянение средней степени 3. Сильное опьянение 4. Тяжёлое отравление алкоголем
22	Курит ли пациент	1. Да 2. Нет
23	Лист нетрудоспособности (ученическая справка)	1. Выдан. 2. Не выдан.
24	Длительность листа нетрудоспособности.	Вписать
25	Объем помощи в травматологическом пункте	1. Обработка раны 2. Наложение асептической повязки 3. Наложение шины 4. Наложение гипсовой повязки 5. Рентгенография _____ _____ _____
26	Травмы	1. Травматизм производственный 2. Травматизм непромышленный (бытовой)
27	Вид травматизма	1. В промышленности 2. В сельском хозяйстве 3. Уличные 4. Транспортные (Автомобильные) 5. Спортивные 6. Бытовые 7.
28	Локализация травмы	1. Голова А) ВЧГ Б) Лицо В) Шея 2. Туловище А) Живот Б) Спина В) Грудь Г) Паховая обл. 3. Верхние к-ти А) Плечо Б) Предплечье В) Кисть 4. Нижние конечности А) Бедро Б) Голень В) Стопа

29	Полный перелом	1.Без смещения 2.Со смещением отломков
30	Перелом по целостности кожных покровов	1.Закрытый 2.Открытый
31	Травмы мягких тканей	1.Вывих 2.Ушиб 3.Повреждение связок 4.Рана 5.Ожог 6.
32	Вид раневой поверхности	1.Резаная 2.Колотая 3.Скальпированная 4.Ушибленная 5.Укушенная 6.Огнестрельная 7.Рваная 8.Рубленая 9.
33	Ожог %	1.Термический _____ 2.Химический _____ 3.Электрический _____ 4.Солнечный _____
34	Лечение ожога	1.В травмпункте 2.Направлен в ГКБ 18
35	При укусе обратившийся за антирабической помощью	1.Заболевания Ц.Н.С. – отрицает, отмечает _____ 2.Как часто употребляет спиртные напитки _____ 3.Получал ли в прошлом антирабические сыворотки _____ 4.ВИЧ,Гепатит, RW – отрицает, отмечает _____ 5. Назначенные прививки КОКАВ , _____ Серия _____ 6.Режим – госпитализация, амбулаторно.
36	Заполняемая документация	1.Форма 4-АР. 2. Форма 031\у. 3.Форма 116\у. 4. 045/у 5.058/у 6.Прочее
37	Количество дней лечения	Вписать
38	Исход лечения	1.Выздоровление 2.Осложнения. 3.Направлен на стац. лечение 4.
39	Диагноз	_____
40	Код МКБ	Вписать _____

Анкета (анонимная)

по изучению социально-гигиенических аспектов травматизма среди городского населения

№	Вопросы	Варианты ответов
1.	Ваш пол?	1) Мужской 2) Женский
2.	Ваш возраст?	Вписать _____
3.	Ваше семейное положение?	1) Состою в зарегистрированном браке 2) Состою в гражданском браке 3) Разведен (а) 4) Вдовец (а) 5) Не состоял в браке
4.	Какое у Вас образование?	1) Среднее общее 2) Среднее специальное 3) Незаконченное высшее 4) Высшее
5.	Ваше социальное положение?	1) Рабочий 2) Служащий 3) Предприниматель 4) Работающий пенсионер 5) Безработный 6) Пенсионер 7) Учащийся 8) Инвалид 9) Вписать _____
6.	Место Вашей работы?	Вписать _____
7.	Общий стаж Вашей работы?	1) От 0 до 5 лет 2) От 6 до 10 лет 3) От 11 до 15 лет 4) От 16 до 20 лет 5) От 21 до 25 лет 6) От 26 до 30 лет 7) Более 30 лет
8.	Ваш ежемесячный доход из всех источников в течение 1 месяца?	1) До 5000 2) От 5001 до 10000 3) От 10001 до 15000 4) От 15001 до 30000 5) От 30001 до 50000 6) Более 50000
9.	Как Вы добираетесь до работы?	1) Хожу пешком 2) На общественном транспорте 3) Вызываю такси 4) На личном транспорте 5) С личным водителем 6) Другое

10.	Как часто Вам приходится выезжать в командировки?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Моя работа не связана с командировками 2) Еженедельно 3) 1-2 раза в месяц 4) Несколько раз в квартал 5) Несколько раз в полгода 6) Несколько раз в год
11.	Как часто Вам приходится работать во вторую смену?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Не работаю 2) 1-2 раза в неделю 3) 1-2 раза в месяц 4) Несколько раз в год
12.	Как часто Вам приходится работать в ночную смену?	<ul style="list-style-type: none"> 5) Не работаю 6) 1-2 раза в неделю 7) 1-2 раза в месяц 8) Несколько раз в год
13.	Как Вы оцениваете свое здоровье?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Отличное 2) Хорошее 3) Удовлетворительное 4) Плохое 5) Затрудняюсь ответить
14.	Ваши жилищные условия?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Снимаю жилье 2) Живу в общежитии 3) Живу в коммунальной квартире 4) Живу в своем доме 5) Живу с родителями 6) Живу в своей квартире 7) Вписать
15.	Есть ли у Вас хронические заболевания?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Да 2) Нет
16.	Есть ли у Вас заболевания костно-мышечной системы?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Да 2) Нет
17.	Вы курите?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Да 2) Нет
18.	Если ДА, то сколько сигарет в день?	Вписать
19.	Вы употребляете алкоголь?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Да 2) Нет
20.	Если ДА, то какие спиртные напитки употребляете чаще?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Вино 2) Пиво 3) Водка 4) Коньяк (Виски) 5) Самогон 6) Настойки (боярышник) 7) Другое
21.	Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Каждый день 2) Несколько раз в неделю 3) Несколько раз в месяц 4) Пару раз в год

22.	Когда Вы чаще употребляете спиртные напитки?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Утром 2) Днем 3) Вечером 4) Ночью 5) Независимо от времени суток
23.	В какой день недели Вы чаще употребляете спиртные напитки?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Понедельник 2) Вторник 3) Среда 4) Четверг 5) Пятница 6) Суббота 7) Воскресенье 8) Одинаково во все дни недели
24.	В какой день недели Вы получили травму?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Понедельник 2) Вторник 3) Среда 4) Четверг 5) Пятница 6) Суббота 7) Воскресенье
25.	В какое время суток Вы получили травму?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Утром 2) Днем 3) Вечером 4) Ночью
26.	Вы занимаетесь физической культурой и спортом?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Да 2) Нет
27.	Какими активными видами спорта Вы занимаетесь?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Не занимаюсь 2) Боевые единоборства 3) Бег 4) Горные лыжи 5) Сноуборд 6) Коньки 7) Горный велосипед 8) Гироскутер 9) Другое
28.	У Вас были раньше травмы?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Да 2) Нет
29.	Как Вы считаете, что послужило причиной травмы?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Неосторожное обращение с инструментами 2) Случайное падение 3) Укус животного 4) В результате драки 5) Условия быта 6) Дорожно-транспортное происшествие 7) Суицидальная попытка 8) Условия труда 9) Прочее
30.	Какая травма Вами была получена?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Ушиб 2) Перелом 3) Ссадина 4) Рана

		<ul style="list-style-type: none"> 5) Ожог 6) Обморожение 7) Растяжение связок 8) Вывих 9) Повреждение сустава 10) Черепно-мозговая травма 11) Прочее
31.	Кем Вам была оказана первая помощь?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Оказал сам 2) Оказали родственники 3) Оказали рядом находящиеся люди 4) Никто не оказал 5) Прочее
32.	Каким способом Вы обратились за медицинской помощью?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Дошел самостоятельно 2) Добрался на личном автомобиле 3) Добрался на общественном транспорте 4) Доставили машиной скорой помощи 5) Добрался на такси 6) Прочее
33.	В какое лечебное учреждение Вы обратились первоначально по поводу травмы?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Вызвал скорую помощь 2) Частный медицинский центр 3) Травмпункт 4) Городскую поликлинику 5) Приемное отделение городской больницы (стационара) 6) Прочее
34.	Через сколько времени после получения травмы Вам оказана медицинская помощь?	<ul style="list-style-type: none"> 1) В течение 1 часа 2) В течение 1-3 часов 3) В течение 4-6 часов 4) В течение 7-12 часов 5) В течение 13-24 часов 6) В течение 2 дней 7) В течение 3-5 дней 8) Более 5 дней
35.	Куда Вы были доставлены бригадой скорой помощи?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Не вызывал скорую помощь 2) Оставлен дома 3) В приемное отделение больницы (стационара) 4) Травмпункт 5) Прочее
36.	Сколько составило время ожидания до приезда бригады скорой помощи?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Не вызывал скорую помощь 2) От 1 до 5 минут 3) От 6 до 10 минут 4) От 11 до 20 минут 5) От 21 до 30 минут 6) От 31 до 60 минут 7) Более 1 часа
37.	Оцените пожалуйста работу бригады скорой помощи?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Не вызывал скорую помощь 2) Отлично 3) Хорошо 4) Удовлетворительно 5) Неудовлетворительно

38.	Сколько составило время ожидания в травмпункте?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Не обращался в травмпункт 2) Приняли сразу 3) До 10 минут 4) От 11 до 20 минут 5) От 21 до 30 минут 6) От 31 до 60 минут 7) Более 1 часа
39.	Устроило ли Вас время ожидания в травмпункте?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Да 2) Нет
40.	Сколько длился осмотр врача травматолога в травмпункте?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Не обращался в травмпункт 2) 1-2 минуты 3) От 3 до 5 минут 4) От 6 до 10 минут 5) От 11 до 20 минут 6) Более 20 минут
41.	Удовлетворила ли Вас квалификация врача травмпункта?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Да 2) Нет 3) Не обращался в травмпункт
42.	Вам была сделана Рентгенография в травмпункте?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Да 2) Нет 3) Не обращался в травмпункт
43.	Был ли перевязочный материал? (Если было необходимо)	<ul style="list-style-type: none"> 1) Да 2) Нет 3) Не было необходимости
44.	Пришлось ли Вам оплачивать какие-либо платные услуги в травмпункте?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Да 2) Нет 3) Не обращался в травмпункт
45.	Если ДА, то какие?	Вписать
46.	Эффективно ли, по вашему мнению, назначенное лечение в травмпункте?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Да 2) Нет 3) Не обращался в травмпункт
47.	Куда Вам назначена повторная явка на прием после приема в травмпункте?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Не назначена 2) В травмпункт 3) К врачу травматологу поликлиники 4) Не обращался в травмпункт
48.	Как Вы оцениваете оказанную медицинскую помощь в травмпункте?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Отлично 2) Хорошо 3) Удовлетворительно 4) Неудовлетворительно 5) Не обращался в травмпункт
49.	Сколько составило время ожидания в поликлинике?	<ul style="list-style-type: none"> 1) Не обращался в поликлинику 2) Приняли сразу 3) До 10 минут 4) От 11 до 20 минут

		5) От 21 до 30 минут 6) От 31 до 60 минут 7) Более 1 часа 8) Не приняли вовсе
50.	Устроило ли Вас время ожидания в поликлинике?	1) Да 2) Нет 3) Не обращался в поликлинику
51.	Сколько длился осмотр врача травматолога в поликлинике?	1) Не обращался в поликлинику 2) 1-2 минуты 3) От 3 до 5 минут 4) От 6 до 10 минут 5) От 11 до 20 минут 6) Более 20 минут
52.	Удовлетворила ли Вас квалификация врача поликлиники?	1) Да 2) Нет 3) Не обращался в поликлинику
53.	Вам была сделана Рентгенография в поликлинике?	1) Да 2) Нет 3) Не обращался в поликлинику
54.	Был ли перевязочный материал? (если было необходимо)	1) Да 2) Нет 3) Не было необходимости
55.	Пришлось ли Вам оплачивать какие-либо платные услуги в поликлинике?	1) Да 2) Нет 3) Не обращался в поликлинику
56.	Если ДА, то какие?	Вписать
57.	Эффективно ли, по вашему мнению, назначенное лечение в поликлинике?	1) Да 2) Нет 3) Не обращался в поликлинику
58.	Куда Вам назначена повторная явка на прием после приема в поликлинике?	1) Не назначена 2) В травмпункт 3) К врачу травматологу поликлиники 4) Не обращался в поликлинику
59.	Как Вы оцениваете оказанную медицинскую помощь в поликлинике?	1) Отлично 2) Хорошо 3) Удовлетворительно 4) Неудовлетворительно 5) Не обращался в поликлинику
60.	Эффективно ли, по вашему мнению, назначенное лечение в поликлинике?	1) Да 2) Нет 3) Не обращался в поликлинику
61.	Знаете ли Вы меры	1) Да 2) Нет

	профилактики травматизма?	
62.	Сколько раз Вы посетили медицинское учреждение по поводу данной травмы?	Вписать
63.	Были ли Вы направлены на медицинскую реабилитацию?	1) Да 2) Нет
64.	Если ДА, то куда?	Вписать
65.	Какие методы реабилитации применялись	Вписать
66.	Вы были направлены на стационарное лечение?	1) Да 2) Нет
67.	Ваше здоровье восстановилось?	1) Да 2) Нет
68.	Сколько дней вы лечились в результате этой травмы?	Указать в днях _____
69.	Вы были направлены на МСЭ для установления инвалидности?	1) Да 2) Нет
70.	Если ДА то какая группа инвалидности Вам установлена?	Вписать
71.	Как вы считаете: куда пациенты должны обращаться после получения травмы?	1) В травмпункт 2) К врачу травматологу поликлиники
72.	Как вы считаете: где пациенты должны приходить лечение? (2 и последующие посещения)	1) В травмпункте 2) У врача травматолога поликлиники

**Карта хронометража затрат времени первичного пациента
травматологического пункта с переломом**

Виды деятельности	Затраченное время, мин.
Среднее время, затраченное на поиск регистратуры	0:03
Среднее время, затраченное на посещение гардероба, включая одевание бахил	0:09
Средняя длительность оформления медицинской документации в регистратуре (информированное согласие, амбулаторная карта)	0:08
Средняя длительность ожидания приема у кабинета врача травматолога	0:27
Средняя длительность приема в кабинете врача травматолога	0:10
Средняя длительность ожидания рентген обследования в коридоре	0:17
Средняя длительность проведения рентген обследования, включая печать пленки	0:11
Средняя длительность ожидания повторного приема врача травматолога	0:12
Средняя длительность повторного приема в кабинете врача травматолога, включая проведение медицинских манипуляций, выдачу справки и рекомендаций	0:21
Среднее время, проведенное в травматологическом пункте	118,0:

Карта хронометража времени первичного пациента травматологического пункта с раной

Виды деятельности	Затраченное время, мин.
Среднее время, затраченное на поиск регистратуры	0:01
Среднее время, затраченное на посещение гардероба, включая одевание бахил	0:06
Средняя длительность оформления медицинской документации в регистратуре (информированное согласие, амбулаторная карта)	0:05
Средняя длительность ожидания приема у кабинета врача травматолога	0:28
Средняя длительность приема в кабинете врача травматолога	0:10
Средняя длительность проведения медицинских манипуляций, выдачу справки и рекомендаций	0:10
Среднее время, проведенное в травматологическом пункте	60,0

**Карта хронометража времени первичного пациента травматологического
пункта с ушибом**

Виды деятельности	Затраченное время, мин.
Среднее время, затраченное на поиск регистратуры	0:01
Среднее время, затраченное на посещение гардероба, включая одевание бахил	0:06
Средняя длительность оформления медицинской документации в регистратуре (информированное согласие, амбулаторная карта)	0:05
Средняя длительность ожидания приема у кабинета врача травматолога	0:28
Средняя длительность приема в кабинете врача травматолога	0:10
Средняя длительность ожидания рентген обследования в коридоре	0:18
Средняя длительность проведения рентген обследования, включая печать пленки	0:19
Средняя длительность ожидания повторного приема врача травматолога	0:14
Средняя длительность повторного приема в кабинете врача травматолога, включая проведение медицинских манипуляций, выдачу справки и рекомендаций	0:09
Среднее время, проведенное в травматологическом пункте	110,0

**Хронометраж времени врача-травматолога-ортопеда
в травматологическом пункте**

Виды деятельности	1-й день	2-й день	3-й день	4-й день	5-й день	Сред нее время
Оперативное время, из них.	486	462	460	474	476	471,6
Сбор жалоб, анамнеза, осмотр пациента, мин	10	11	11	9	10	10,2
Повторный осмотр пациента с результатом рентгенографии, мин	3	4	3	4	5	4
Хирургические манипуляции (Хирургическая обработка ран, наложение швов, перевязка, гипсовая иммобилизация, пунктирование сустава, эвакуация жидкости, репозиция отломков костей при переломах, вправление вывиха, мин	22	23	20	21	24	22
Разъяснение назначений, режима и схемы лечения, мин	4	4	5	5	4	4,5
Оформление документов пациента, мин	24	23	25	26	23	24,2
Работа с отчетными документами, мин	37	35	36	35	34	35
Подготовительно-заключительное время, мин	0					
Время отдыха и личные надобности, мин	0					
Время на обслуживание рабочего места, мин	0					
Итого, мин	537	496	478,5	474	495	485,8
Итого, % от оперативного времени	92	93	93	95	91	93

Башкортостан Республикаһы
һаулыҡ һаҡлау министрлығы
Башкортостан Республикаһы
дәүләт бюджет һаулыҡ һаҡлау
учрежденияһы

**ӨФӨ КАЛАҒЫНЫҢ
21-се КАЛА КЛИНИК ДАУАХАНАҒЫ**

450071, Өфө калаһы, Урман аралығы, 3
Телефон: (347) 232-32-88, факс (347) 232-19-22
ИНН 0276006472, ОГРН 1030204207440



сайт:
URS.kkac01@bclink.ru
www.gp21.ru

Министерство здравоохранения
Республики Башкортостан
Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
Республики Башкортостан

**ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №21 ГОРОДА УФА
(ГБУЗ РБ ГKB №21 г. Уфа)**

450071, г. Уфа, проезд Лесной, 3
Телефон: (347) 232-32-88, факс (347) 232-19-22
ИНН 0276006472, ОГРН 1030204207440

«21» марта 2019 г. № 820

на № _____ от «__» _____ 20__ г.

СПРАВКА О ВНЕДРЕНИИ

Выдана Даутову Рустаму Ринатовичу для предоставления в диссертационный Совет, свидетельствующая о том, что результаты исследования о медико-социальной характеристике пациентов, обратившихся в травматологический пункт, результаты оценки состояния здоровья и медицинской активности травмированных лиц используются в практической деятельности врачей травматологов-ортопедов ГБУЗ РБ ГKB № 21 г. Уфа.

Главный врач

Г.Т. Мустафина

Заведующий травматологическим пунктом

А.В. Матвеев



БАШКОРТОСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ
 ДӘУЛӘТ БЮДЖЕТ
 ҖАУЛЫПЫАКЛАУУЧРЕЖДЕНИЕНЬНЫ
 32-се ПОЛИКЛИНИКАНЫ
 ӨФӨ КАЛАНЫНЫҢ
 450065, Өфекаланы, Богдан Хмельницкий урамы, 88
 Тел./факс: 263-19-10, 263-19-16, e-mail: UFA_P32@doctorrb.ru



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
 УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
 РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН
 ПОЛИКЛИНИКА №32
 ГОРОДА УФА
 450065, г. Уфа, ул. Богдана Хмельницкого, 88
 Тел./факс: 263-19-10, 263-19-16, e-mail: UFA_P32@doctorrb.ru

ОКПО 39983272 ОГРН 1030204441629 ИНН 0277028221 КПП 027701001

13.05.19 № 404
 на _____ № _____

СПРАВКА О ВНЕДРЕНИИ

Результаты исследования Даутова Рустама Ринатовича внедрены в деятельность поликлиники № 32 г. Уфа. Организована школа здоровья для пациентов с заболеваниями костно-мышечной системы, увеличился охват пациентов диспансерным наблюдением, проводится профилактическая работа по снижению распространённости остеопороза среди населения. Кроме того, Даутов Р.Р. разработал и предложил для внедрения буклеты, памятки по предупреждению травм пациентов в медицинских организациях.

Справка выдана Даутову Рустаму Ринатовичу для представления в диссертационный Совет.

Главный врач

Н.Ю.Кудашев

Заместитель главного врача по лечебной работе

А.Р.Трубин



УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

ГБУЗ Республиканский центр
медицинской профилактики

Хасанов Р.В.

*Raf*
« 27 » *июня* 2019г.

СПРАВКА О ВНЕДРЕНИИ

Выдана Даутову Рустаму Ринатовичу для предоставления в диссертационный Совет, свидетельствующая о том, что результаты исследования факторов риска и вопросов информированности населения о причинах травм применяются в работе Республиканского центра медицинской профилактики. Они использованы при разработке информационных материалов для населения.

Заместитель главного врача
по организационно-методической работе

С.Х.

С.Х. Ахтямова

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
 ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
 МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
 (ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

ул. Ленина, 3, г. Уфа, Республика Башкортостан, Российская Федерация, 450008
 тел. (347) 272-41-73, факс 272-37-51
[http:// www.bashgmu.ru](http://www.bashgmu.ru), E-mail: rectorat@bashgmu.ru
 ОКПО 01963597 ОГРН 1020202561136
 ИНН 0274023088 КПП 027401001

15.08.2019 № *1341-21*

На № _____ от _____

Проректор по учебной работе
 ФГБОУ ВО БГМУ
 Минздрава России

А.А.Цыглин
 « 15 » *08* 2019 г.


АКТ О ВНЕДРЕНИИ

Выдан Даутову Рустаму Ринатовичу для предоставления в диссертационный Совет, свидетельствующая о том, что результаты диссертационной работы, отражающие основные показатели организации скорой помощи при травмах и медицинской помощи пациентам в травматологических пунктах используются в процессе обучения студентов 3-4 курсов лечебного и педиатрического факультетов на кафедре общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО.

Завуч кафедры, доцент

Доцент кафедры

Доцент кафедры

Tub
Tuz
CR

М.Ю.Павлова

М.В.Борисова

О.Р.Мухамадеева

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
 ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
 «БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
 МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
 ФЕДЕРАЦИИ

(ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)
 ул. Ленина, 3, г. Уфа, Республика Башкортостан, Российская Федерация, 450008
 тел. (347) 272-41-73, факс 272-37-51
[http:// www.bashgmu.ru](http://www.bashgmu.ru), E-mail: rectorat@bashgmu.ru
 ОКПО01963597 ОГРН 1020202561136
 ИНН 0274023088 КПП 027401001

11.02.2020 № 695-01

На № _____ от _____

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной
 работе

А.А.Цыглин

2020г.



Акт о внедрении

1. Наименование предложения для внедрения: Результаты оценки показателей травматизма среди городского населения и организации первичной медико-санитарной помощи при травмах;
2. Кем предложен: аспирантом кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России Даутовым Р.Р.;
3. Источники информации: Информационно-методическое письмо «Травматизм: организация медицинской помощи, профилактика травм»;
4. Где и когда внедрено: 2019 год, кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России;
5. Эффективность внедрения: Материалы используются в учебном процессе;
6. Замечания: замечаний нет.

Зав. кафедрой травматологии и ортопедии
 с курсом ИДПО
 д.м.н., профессор

В.Ш.Минасов

Доцент кафедры, к.м.н.

А.Р.Билялов

Доцент, к.м.н.

И.Н.Зиганшин