

эпителизация афт происходила в среднем через  $6,6 \pm 0,5$  и  $6,9 \pm 0,3$  дня ( $P > 0,1$ ). Первые признаки выздоровления у детей обеих групп отмечались начиная со 2-го дня при легкой и среднетяжелой формах стоматита и на 3—4-й день при тяжелой форме.

Полученные результаты позволяют рекомендовать оксициклозол и хлорофиллипт для лечения детей, больных острым герпетическим стоматитом.

## СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616—001+617.3]:614.2

### ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СССР

*У. Я. Богданович*

*Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки ТАССР проф. У. Я. Богданович)*

Травматолого-ортопедическая служба — один из важнейших видов специализированной помощи населению, поскольку среди причин заболеваемости, смертности и инвалидизации населения травмы и ортопедические заболевания занимают одно из первых мест. Именно поэтому в постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» (22 сентября 1977 г.) особое место отводится развитию и совершенствованию травматолого-ортопедической помощи населению страны.

Основными целями травматологической службы являются: 1) осуществление широких и эффективных профилактических мероприятий; 2) оказание пострадавшим своевременной квалифицированной первой помощи; 3) последующее высококвалифицированное лечение их.

Профилактика травматизма является в СССР задачей государственной важности. В проведении комплексных мероприятий, направленных на предупреждение травм, у нас участвуют органы государственной власти, общественные организации и медицинские работники. Для выработки и осуществления эффективных мер профилактики травматизма в конкретных условиях каждого производства медицинские работники должны хорошо ориентироваться в специфике работы предприятия в целом и наиболее «травматогенных» участков в частности, а также получать правильно оформленную полноценную первичную документацию непосредственно с места происшествия. В карте, заполняемой на каждого пострадавшего, должны содержаться следующие сведения: место и время (час и дата) несчастного случая; обстоятельства, при которых он произошел; квалификация работника, получившего травму, степень его производственного опыта; характер травмы и ее механизм; результаты лечения.

Медицинские работники должны принимать участие в разборе каждого несчастного случая на производстве, проводить анализ причин травматизма и на основании полученных данных вносить свои предложения в комплексный план мероприятий по профилактике травматизма, технике безопасности и охране труда, составляемый на каждом предприятии, при этом особое внимание необходимо уделять осуществлению социальных и санитарно-гигиенических мер. Благодаря осуществлению широких комплексных мероприятий по предупреждению несчастных случаев на производстве производственный травматизм в СССР ежегодно уменьшается на 9—10% (М. А. Роговой, 1976).

Медицинские работники принимают активное участие и в борьбе за снижение других видов травматизма. Сложившаяся в СССР стройная система оказания помощи пострадавшим от травм включает в себя само- и взаимопомощь, скорую медицинскую помощь, амбулаторно-поликлиническое и стационарное лечение.

Постоянной обязанностью медицинских работников является обучение населения правилам и приемам оказания первой само- и взаимопомощи при травмах. Содействием в этой работе призваны оказывать санитарные посты и первичные организации Красного Креста. Учитывая возрастающее в последние годы число автодорожных происшествий, следует уделять особое внимание обучению правилам и приемам само- и взаимопомощи водителей автотранспорта и работников ГАИ, снабжать их специальными аптечками.

Большое и ответственное место в системе медицинской помощи пострадавшим от травм принадлежит скорой медицинской помощи. В общем объеме работы скорой медицинской помощи выезды для оказания помощи при несчастных случаях составляют около трети всех выездов. Поэтому следует считать правильным и вполне обоснованным создание в составе станции скорой медицинской помощи специализированных травматологических бригад. Планирование работы скорой медицинской помощи по обслуживанию травматологических больных должно основываться на двух главных показателях: интенсивности поступления заявок (вызовов) в единицу времени и средней продолжительности выезда. После оказания первой медицинской помощи более 75% травматологических больных доставляются службой скорой помощи в стационары или амбулаторные учреждения для дальнейшего лечения.

Подавляющее большинство пострадавших от травм (до 95%) нуждается только в амбулаторном лечении. У больных с переломами костей две трети дней временной нетрудоспособности приходится на амбулаторное лечение. Таким образом, практически все больные с травмами в той или иной мере пользуются амбулаторным лечением. Поэтому рациональная организация амбулаторной помощи травматологическим больным имеет огромное значение. Амбулаторное лечение травматологических больных проводится на здравпунктах или в поликлиниках (в одно- или двухсменных травматологических кабинетах, в травматологических пунктах, работающих круглосуточно). Поскольку свыше 70% обращений в здравпункты составляют обращения по поводу травм, следует уделять внимание соответствующему оснащению здравпунктов и подготовке медицинского персонала.

На здравпунктах оказывается первая доврачебная (фельдшерский здравпункт) или первая врачебная помощь и организуется, в пределах возможностей здравпункта, последующее лечение. Медицинские работники здравпункта обязаны вести учет травм (по журналу регистрации обратившихся), направлять сигнальные извещения о происшедших несчастных случаях руководству предприятия и профсоюзным органам, участвовать в разборе причин и обстоятельств несчастных случаев, анализировать травматизм, принимать активное участие в разработке и осуществлении мер профилактики травматизма, вести санитарно-просветительную работу, направленную на предупреждение травм.

Травматологические пункты организуются в городах — областных, краевых и республиканских центрах (в административных районах этих городов) с общим (взрослые и дети) населением не менее 100 тысяч, при районных поликлиниках на правах отделения поликлиники. В городах, население которых составляет от 100 до 200 тысяч человек, но не являющихся областными, краевыми или республиканскими центрами, врачебные должности травматологов-ортопедов для оказания круглосуточной амбулаторной помощи взрослым и детям могут устанавливаться в штате одной из поликлиник города по усмотрению министров здравоохранения союзных республик в количестве, определяемом в зависимости от объема оказываемой помощи, но не более одного круглосуточного поста.

В городах и административных районах городов с населением менее 100 тысяч человек амбулаторное обслуживание больных с травмами организуется в специальных кабинетах хирургических отделений поликлиник в пределах врачебных штатов. Размещение травматологических пунктов при стационарных учреждениях нецелесообразно.

Амбулаторный прием детей, пострадавших от травм, можно осуществлять в отдельном кабинете при травматологическом пункте для взрослых (с отдельными входом и ожидальной), но еще лучше организовать его в специальном травматологическом пункте при одной из детских поликлиник.

Травматологические пункты обслуживают безотказно всех обращающихся больных с травмами, независимо от места их жительства или работы. Больные, которым на травматологическом пункте оказана первая медицинская помощь, должны на этом же пункте продолжать лечение до полного выздоровления. Исключение из этого правила может быть сделано только в том случае, если лечение на пункте из-за отдаленности места жительства затруднительно для больных. Травматологические пункты работают круглосуточно и непрерывно (в том числе и в праздничные и воскресные дни) с возможностью рентгеновского обследования больных постоянно, в течение всех 24 часов в сутки. Травматологические пункты обязаны широко информировать население района о своей круглосуточной работе путем объявлений, вывесок, выступлений в печати, по радио, телевидению и пр. Врачи, как и весь медицинский персонал травматологических пунктов, работают и в ночное время без права сна.

Врачи травматологических пунктов обслуживают больных с травмами также и на дому по вызову участковых врачей-терапевтов, педиатров, хирургов и непосредственно населения в порядке пожегонной оплаты. На травматологических пунктах осуществляется диспансерное наблюдение лиц, ставших инвалидами вследствие травм, а также больных с повреждениями крупных суставов и позвоночника. Рентгеновское обследование, физиотерапия, массаж и лечебная гимнастика производятся в соответствующих отделениях и кабинетах поликлиник, при которых расположены пункты.

Заведующий травматологическим пунктом подчиняется главному врачу поликлиники, при которой расположен пункт, на правах заведующего отделением. Он руководит работой травматологического пункта и всей травматологической службой в районе на правах главного травматолога, подчиняясь в этой роли непосредственно заведующему райздравотделом. Важной функцией заведующего травматологическим пунктом, как главного травматолога района, является организация работы по профилактике всех видов травматизма.

Помещение травматологического пункта должно иметь как минимум комнату для ожидания, перевязочную (в ней врач ведет и прием больных), операционную, гипсовочную, стерилизационную, комнату для приема детей, изолятор.

Штаты травматологического пункта устанавливаются в зависимости от объема оказываемой помощи (числа посещений). При расчете этих должностей используются нормы нагрузки врачей травматологов-ортопедов, утвержденные приказом Министра здравоохранения СССР № 480 от 15 июля 1970 г. на 1 час работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях: травматолог должен принять в час 7 взрослых больных или подростков, или 6 детей, ортопед — 6 взрослых или подростков, или 5 детей. Час работы по оказанию помощи на дому учитывается как 1,25 часа. В ночное время при малом объеме работы необходимо постоянное дежурство на пункте не менее одного врача-травматолога. Работа врачей и другого медицинского персонала травматологического пункта строится по скользящему графику. Если в штате пункта более 5 врачей, то в дневные часы выделяется прием повторных больных.

Обращающихся на травматологические пункты регистрируют в специальных одноразовых картах, которые обеспечивают и изучение травматизма. При организации приема повторных больных работу врачей следует чередовать таким образом, чтобы больной имел возможность лечиться у того врача, у которого он был на первичном приеме. Нужно исключить возможность лечения больного с травмой несколькими врачами.

Амбулаторный прием ортопедических больных, как взрослых, так и детей, организуется в ортопедических кабинетах соответствующих поликлиник с централизацией в необходимых случаях оказания помощи по группе поликлиник (поликлинических отделений).

Для стационарных учреждений, оказывающих травматолого-ортопедическую помощь, приказом Министра здравоохранения СССР от 15 июля 1970 г. № 480 «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию травматолого-ортопедической помощи населению страны» утверждены следующие нормативы:



— 0,5 койки для травматологических больных на 1000 городских и 0,3 койки для травматологических больных на 1000 сельских жителей;

— 0,15 койки для ортопедических больных на 1000 городских и сельских жителей;

— 2,0 койки для травматологических больных на 1000 работающих в угольной или горнорудной промышленности;

— 1,4 койки для травматологических больных на 1000 работающих в металлургической промышленности;

— 1,2 койки для травматологических больных на 1000 работающих в машиностроительной промышленности;

— 0,4 койки в детских травматологических и детских ортопедических отделениях на 1000 детей до 14 лет включительно;

— 0,25 койки в специализированных санаториях для детей с заболеваниями и деформациями опорно-двигательного аппарата на 1000 детей до 14 лет включительно.

Приведенные нормативы надлежит применять дифференцированно, исходя из потребностей в госпитализации травматологических и ортопедических больных. Расчет потребности в койках целесообразно производить на республику (область, край) в целом. Для этого необходимы следующие данные: численность населения в республике (крае, области); распределение его на взрослое и детское (до 14 лет включительно), городское и сельское; численность работающих в горнорудной, угольной, металлургической и машиностроительной промышленности.

Норматив травматологических коек — 0,5 на 1000 городских и 0,3 на 1000 сельских жителей — надо применять только по отношению ко взрослому (15 лет и старше) населению за вычетом жителей, работающих в горнорудной, угольной, металлургической и машиностроительной промышленности, для которых установлены более высокие нормативы. Норматив ортопедических коек — 0,15 на 1000 городских и сельских жителей — следует применять по отношению ко взрослому населению (15 лет и старше). Норматив травматологических и ортопедических коек для детей, проживающих как в городах, так и в сельской местности, установлен единым — 0,4 койки на 1000 детей в больницах и 0,25 койки в специализированных санаториях.

Травматологические и ортопедические отделения должны иметь в своем составе не менее 60 коек. В сельской местности на базе одной из центральных районных больниц следует развертывать межрайонные травматолого-ортопедические отделения с целью приближения и улучшения травматологической и ортопедической помощи сельскому населению.

Рекомендуется внедрять в практику работы лечебно-профилактических учреждений, оказывающих травматологическую и ортопедическую помощь детям, наиболее рациональные методы раннего выявления и лечения врожденного вывиха бедра и других деформаций опорно-двигательного аппарата. В родильных домах и родильных отделениях больниц должна обязательно производиться регистрация всех деформаций, выявленных у новорожденных, с последующим извещением главных врачей больниц (заведующих детскими поликлиниками, консультациями) по месту жительства новорожденного.

Хирургическую помощь больным, нуждающимся в ампутации или реампутации конечностей в плановом порядке, следует оказывать в одном из травматолого-ортопедических отделений республики (края, области), где должны быть созданы необходимые условия для лечения больных с ампутационными культями, чтобы ко дню выписки из стационара больные были снабжены протезами и обучены пользованию ими.

Для экспертизы отдаленных результатов лечения травматолого-ортопедических больных при республиканских, краевых, областных, городских больницах создаются медицинские советы, которые утверждаются соответствующими органами здравоохранения и являются их контрольным и консультативным органом по вопросам травматолого-ортопедической помощи. Материалы этих советов используются для разработки мероприятий по улучшению травматологической и ортопедической службы.



Таковы основные принципы организации специализированной травматолого-ортопедической помощи населению нашей страны. 60 лет, прошедших со дня организации советского народного здравоохранения, доказали жизнеспособность и высокую эффективность этих принципов.

#### ЛИТЕРАТУРА

Роговой М. А. Основные вопросы организации травматологической помощи в городах. М., Медицина, 1976.

Поступила 11 июля 1978 г.

УДК 061.62(047.32)

## ВНЕДРЕНИЕ ДОСТИЖЕНИЙ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ В ПРАКТИКУ

*Доктор мед. наук Д. Г. Тахавиева*

*Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки ТАССР проф. У. Я. Богданович)*

**Реферат.** Обобщен опыт Казанского НИИТО по внедрению научных достижений в области травматологии и ортопедии в практику здравоохранения. Подытожены результаты освоения разработанных в институте новых методов профилактики, диагностики и лечения в зоне его деятельности. Предлагаются меры по улучшению внедрения результатов НИР в практику здравоохранения.

Ключевые слова: травматология, научные достижения, внедрение.

Библиография: 2 названия.

Внедрение достижений медицинской науки в практику здравоохранения — сложный процесс. Оно должно представлять систему организационных и практических мероприятий, направленных на быстрое освоение учреждениями здравоохранения новых методов профилактики, диагностики и лечения, новых лекарственных средств и изделий медицинской техники. Эта система, согласно существующим приказам, включает в себя: отбор предложений для внедрения; составление планов внедрения; организацию внедрения; контроль за его ходом и оценку его эффективности.

На наш взгляд, эта система должна быть более объемлющей — от идеи до внедрения, т. е. от планирования научно-исследовательской работы до изучения эффективности внедрения ее результатов. Функционирование такой системы возможно лишь при взаимосвязи и преемственности всех звеньев цепи.

В данной статье проанализирован опыт Казанского НИИТО в осуществлении системы внедрения на всех этапах.

**Этап** — планирование НИР. При формировании темы основной предпосылкой значимости ожидаемых результатов и успеха последующего их внедрения является разработка вопросов, продиктованных насущными запросами здравоохранения. МЗ РСФСР обязало научные учреждения совместно с главными специалистами МЗ АССР, облздравотделов ежегодно осуществлять анализ показателей состояния здоровья населения и деятельности органов и учреждений здравоохранения с целью выявления задач, требующих исследования для дальнейшего улучшения медицинского обслуживания населения. Научная тематика Казанского НИИТО формируется на основе народнохозяйственного плана, заказов Минздравов СССР и РСФСР и выявленных нужд здравоохранения зоны его деятельности.

На основании анализа конъюнктурных обзоров, актов обследования сотрудниками института состояния ортопедо-травматологической помощи прикрепленных республик и областей, материалов медсоветов по экспертизе отдаленных результатов лечения, рекомендаций научно-практических конференций, совещаний главных специалистов и др. дается оценка эффективности лечения больных ортопедо-травматологического профиля и показателей травматизма, определяются вопросы, требующие исследования, а также задачи по их решению. Например, ввиду неблагоприятия в зоне с лечением тяжелых повреждений кисти были проведены углубленные научные исследования, в результате которых удалось разработать эффективные методы восстановительного лечения свежих и застарелых сочетанных повреждений кисти, вошедшие в план внедрения МЗ РСФСР.