

выписке: Hb — 2 ммоль/л, CO₂ — 2 мм/ч, лейкоцитов — $7,2 \cdot 10^9$ /л.

Е. Н., 30 лет, негритянка, жительница сельской местности. Поступила в родильное отделение 10.12.1985 г. с жалобами на постоянные боли по всему животу, похудание и упадок сил. Считает себя беременной на сроке 10,5 мес. При беременности 9 мес были родовые боли и сильное кровотечение из влагалища, которое продолжалось в течение недели. Шевеление плода прекратилось 6 дней тому назад появились обильные гнойные выделения из влагалища.

В анамнезе три беременности: в 1978 г. — самопроизвольные роды мертвым плодом, в 1980 г. — нормальные роды, в ноябре 1982 г. — кесарево сечение.

При поступлении состояние средней тяжести. Сознание ясное. Истощена. Масса тела — 30 кг. Рост — 149 см. Видимые слизистые бледные. Пульс — 120 уд. в 1 мин, ритмичный. АД — 146/93 кПа. Аксиллярная температура — 36,7°.

Живот умеренно увеличен в объеме. Через переднюю брюшную стенку пальпируются довольно плотное образование, находящееся в полости малого таза, и части плода в нем. Сердцебиение плода не выслушивается. Размеры таза: 23—18—25 см. Наружная конъюгата — 18 см.

Влагалище узкое и короткое. Шейка матки маленькая, плотная. Своды сглажены, определяются болезненные инфильтраты, достигающие стенок таза. Мыс достигли, диагональная конъюгата — 9 см. С. vera — 7,5 см. Выделения гнойно-некротические, обильные, с запахом.

Анализ крови: Hb — 0,9 ммоль/л, CO₂ — 4 мм/ч, лейкоцитов — $2,9 \cdot 10^9$ /л.

Проведена проба с окситоцином, которая оказалась отрицательной. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в 2 проекциях определяются тени черепа и скелета плода, расположенные беспорядочно.

Диагноз: старый разрыв матки. Внутриутробная гибель плода. Узкий таз. Анемия. Кахексия.

В течение недели проводилась предоперационная подготовка. После срединной лапаротомии с иссечением старого рубца обнаружено осумкованное плодоемстилице. В нем находились разла-

гающийся плод и большое количество гнойно-некротических масс. Плодоемстилице наглухо изолировано от брюшной полости. Матка, придатки, плацента и пуповина не обнаружены. Нижний полюс плодоемстилица сообщался с влагалищем. Содержимое удалено. Полость дренирована.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная длительное время находилась в стационаре под наблюдением. Выписана на 56-й день после операции в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, нам довелось наблюдать и лечить трех женщин, проживших после разрыва матки довольно длительное время. Бесспорно, мы встретились с явлением довольно уникальным, свидетельствующим об огромных возможностях человеческого организма в борьбе за жизнь. Существенно, что 2 из 3 женщин до госпитализации не получали медицинской помощи, а третья находилась в местном госпитале (без врачей), о проведенном лечении сведений нет.

В литературе последних лет мы не встретили описания аналогичных случаев, однако известно, что в прошлом применялись методы консервативного ведения больных с разрывами матки при условии рождения плода. Очевидно, у всех 3 женщин не было опасного для жизни кровотечения, причем у двух разрыв произошел по старому рубцу, что во многом предопределило благоприятный исход. Данные лапаротомии свидетельствовали, что у всех 3 больных был перитонит. Впоследствии произошло ограничение процесса. В результате мацерированный плод и послед оказались изолированными от органов брюшной полости, подверглись некрозу и гнойному расплавлению. Благоприятным фактором явилось также наличие оттока для гнойно-некротических масс через влагалище. Макроскопически аналогичную картину мы наблюдали во всех трех случаях. В зависимости от давности разрыва варьировали только толщина стенок плодоемстилица и степень разложения плода. Матку и придатки отдельно выделить не удалось. К сожалению, провести гистологическое и следование не имелось возможности.

ЛЕКЦИЯ

УДК 617—001+617.3:614.2

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СССР

Заслуженный деятель науки РСФСР и ТАССР, проф. У. Я. Богданович

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — проф. В. И. Евсеев)

В решениях XXVII съезда КПСС отмечена необходимость усиления мер по профилактике травматизма, который является одной из главных причин временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности, особенно лиц молодого и наиболее трудоспособного возраста.

Дальнейшее совершенствование травматологической и ортопедической помощи, ее научно обо-

снованная и четкая организация имеют особо важное социальное и народнохозяйственное значение.

При организации травматологической помощи населению преследуются следующие задачи: 1) осуществление широких и эффективных профилактических мероприятий; 2) оказание пострадавшим своевременной квалифицированной первой

помощи; 3) организация их последующего высококвалифицированного лечения.

Профилактика травматизма является задачей государственной важности, поэтому в проведении комплексных профилактических мероприятий, направленных на предупреждение травм, участвуют органы государственной власти, а также 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 «травмогенных» участков в частности, а также получать правильно оформленную полноценную первичную документацию непосредственно с места происшествия.

В карте, заполняющейся на каждого пострадавшего, должны содержаться следующие сведения: место и время (час и дата) происшедшего несчастного случая; обстоятельства, при которых он произошел; квалификация работника (разряд), получившего травму; степень его производственного опыта (стаж); характер травмы и ее механизм; результаты лечения.

Медицинские работники должны принимать участие в анализе причин каждого несчастного случая на производстве. На основании углубленного изучения травматизма они обязаны вносить свои предложения в комплексный план мероприятий по профилактике травматизма, технике безопасности и охране труда, составляемой на каждом предприятии. При этом медицинские работники должны особое внимание уделять осуществлению социальных и санитарно-гигиенических мер профилактики травматизма.

Наряду с профилактикой производственного травматизма, активное участие должны принимать медицинские работники и в борьбе за снижение других видов травматизма — бытового, дорожно-транспортного, уличного, школьного, спортивного (организованного и неорганизованного) и др.

Сложившаяся в СССР система оказания помощи пострадавшим от травм включает в себя само- и взаимопомощь, скорую медицинскую помощь, амбулаторно-поликлиническое и стационарное лечение.

Медицинские работники должны постоянно заниматься обучением населения правилам и приемам оказания первой само- и взаимопомощи при травмах, опираясь в этой работе на санитарные посты и первичные организации Красного Креста, следить за оснащением санитарных постов, инструктировать и обучать их личный состав.

Высокий удельный вес тяжелых травм, связанных с дорожно-транспортными происшествиями, обязывает особое внимание уделять обучению правилам и приемам само- и взаимопомощи водителей транспортных средств и работников ГАИ, снабжать их специальными аптечками.

Ответственное место в системе медицинской помощи пострадавшим от травм принадлежит службе скорой медицинской помощи. В общем объеме ее работы выезды для оказания помощи при несчастных случаях составляют около одной трети. Поэтому правильно и вполне обоснованно создание в составе станции скорой медицинской помощи специализированных травматологических бригад.

Планирование работы скорой медицинской помощи по обслуживанию травматологических боль-

ных должно основываться на двух главных показателях: интенсивности поступления заявок (выездов) в единицу времени и средней продолжительности выезда. Каждый автомобиль скорой и неотложной медицинской помощи должен быть оснащен всем необходимым для оказания медицинской помощи пострадавшим на месте происшествия и при их транспортировке в лечебно-профилактические учреждения.

После оказания первой медицинской помощи более 75% травматологических больных доставляют в учреждения, где им обеспечивается круглосуточная экстренная травматологическая помощь. Кроме того, такую же помощь оказывают и населению, самостоятельно обращающемуся в больницы городов (городских административных районов) с населением не менее 200 тыс. человек (в областных, краевых и республиканских центрах — не менее 100), имеющих в своем составе отделения травматологии и ортопедии. Только в исключительных случаях, до организации в стационаре соответствующих отделений, эту помощь можно получить в поликлиниках.

В больницах, в которых организовано круглосуточное оказание экстренной травматологической помощи, выделяют отдельный вход для самостоятельно обращающихся лиц, помещения для ожидания, кабинеты врачей, гипсово-перевязочную комнату, малую операционную, перевязочную и др. После оказания необходимой экстренной травматологической помощи больных, не нуждающихся в госпитализации, направляют из больницы для дальнейшего наблюдения и лечения к врачу травматологу-ортопеду в поликлинику по месту жительства (или по месту работы) с соответствующим медицинским документом.

Из общего числа пострадавших от травм большинство (до 95%) нуждаются 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 проводится по месту работы на здравпунктах или по месту жительства в поликлиниках. Поскольку свыше 70% обращений в здравпункты обусловлены травмами, серьезное внимание следует уделять соответствующему оснащению здравпунктов и подготовке медицинского персонала пункта по вопросам травматологии.

На здравпунктах оказывают первую доврачебную (фельдшерский здравпункт) или первую врачебную помощь и организуют в пределах возможностей здравпункта последующее лечение. Помимо этого 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 случаи травматизма, принимать активное участие в разработке и осуществлении мер профилактики травматизма, вести санитарно-просветительную работу, направленную на предупреждение травм.

В поликлиниках специализированную амбулаторную травматологическую и ортопедическую помощь осуществляют в травматолого-ортопедическом отделении (кабинете). Впервые в практике советского штатного нормирования для амбула-

торно-поликлинического обслуживания в штатах поликлиник в городах с населением свыше 25 тыс. человек установлены должности врачей травматологов-ортопедов из расчета 0,4 должности на 10 тыс. взрослого населения и 0,2 должности на 10 тыс. детского населения; предусмотрены должности заведующих отделениями, среднего и младшего персонала, медицинских сестер по массажу, инструкторов лечебной физкультуры и др.

На травматолого-ортопедическое отделение (кабинет) поликлиники возлагаются следующие задачи:

- оказание амбулаторной помощи населению, в том числе и на дому;

- динамическое наблюдение и активное лечение больных до их полного выздоровления (или госпитализации в стационар);

- своевременное выявление, учет и наблюдение за лицами с последствиями травм и ортопедическими заболеваниями, подлежащими диспансеризации;

- контроль за своевременностью выполнения больными диагностических и лечебных процедур;

- своевременное (при показаниях) направление больных на ВТЭК;

- оказание экстренной травматологической помощи при обращении пострадавших и при необходимости их госпитализации;

- обеспечение преемственности в работе поликлиники и стационара;

- консультации больных, направляемых другими врачами-специалистами, в том числе на дому;

- проведение экспертизы временной нетрудоспособности с выдачей листков нетрудоспособности;

- участие в мероприятиях по профилактике всех видов травматизма;

- санитарно-просветительная работа и гигиеническое воспитание населения;

- проведение антирабических прививок.

При организации стационарной сети для лечения травматологических и ортопедических больных следует придерживаться следующих нормативов:

- 0,5 койки для травматологических больных на 1000 городских и 0,3 — 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 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.

Приведенными нормативами следует пользоваться 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 (сведения эти можно получить в органах Госкомстата).

Норматив травматологических (0,5 на 1000 городских и 0,3 на 1000 сельских жителей) и ортопедических (0,15 на 1000 городских и сельских жителей) коек должен применяться 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 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.

Фактическую потребность в специализированных травматологических и ортопедических койках можно рассчитать по следующей формуле:

$$K = \frac{N \cdot K_{\text{Дср.}}}{D}$$

где K — общее число коек, необходимых для стационарного лечения травматологических и ортопедических больных; N — общее число травматологических и ортопедических больных, находившихся в течение года на лечении во всех (в том числе и неспециализированных) стационарах города (области, края, республики), а также общее число травматологических и ортопедических больных, нуждавшихся в стационарном лечении, но по каким-либо причинам не госпитализированных; K Дср. — средняя продолжительность пребывания травматологических и ортопедических больных в стационаре; D — плановое число дней работы койки в году. Например, в течение года во всех стационарах города (области, края, республики) получили лечение 3000 ортопедо-травматологических больных, 500 человек ждут стационарной койки в очереди, то есть $N = 3000 + 500 = 3500$. Средний койко-день лечения травматологического больного в стационаре равен 20 дням, ортопедического — 60, то есть K Дср. составляет 40 дней. Плановое число дней работы койки в году (D) примем за 350 и подставим полученные числа

$$\text{в формулу: } K = \frac{3500 \times 40}{350} = 400. \text{ Получим, что}$$

фактически для стационарного лечения ортопедо-травматологических больных в городе (области, крае, республике) нужно 400 коек.

Травматологические и ортопедические отделения должны иметь в своем составе не менее 60 коек.

Дальнейшего расширения требует сеть межрайонных травматолого-ортопедических отделений, которые создаются в одной из центральных районных больниц с целью приближения и улучшения травматологической и ортопедической помощи сельскому населению.

Межрайонные травматолого-ортопедические отделения организуются исходя из общей коечной мощности больницы, условий транспортировки больных из прикрепленных районов и обеспечения их работы в соответствии с положением о межрайонном специализированном отделении.

В городах с населением до 800 тыс. и более для лечения больных с сочетанной и комбиниро-

ванной травмой должны открываться как специальные отделения в крупных многопрофильных больницах, так и отделения хирургии кисти, в которых должны быть предусмотрены все условия и оборудование для широкого использования микрохирургической техники.

Особенно важное значение для полноценной и эффективной реабилитации больных с последствиями повреждений и заболеваниями опорно-двигательного аппарата имеют отделения восстановительного лечения, которые создаются в составе поликлиники городской больницы или самостоятельной поликлиники и являются ее структурным подразделением.

В штаты такого отделения введены 0,05 должности врача травматолога-ортопеда на 10 тыс. взрослого населения прикрепленного к поликлинике для восстановительного лечения, а также должности медицинских сестер по массажу, инструкторов по лечебной физкультуре и трудотерапии.

Для экспертизы отдаленных результатов лечения травматолого-ортопедических больных при республиканских, краевых, областных, городских больницах, имеющих в своем составе отделения травматологии и ортопедии, организуются медицинские советы, которые утверждаются соответствующими органами здравоохранения как контрольный и консультативный орган по вопросам травматолого-ортопедической помощи. Материалы этих советов должны использоваться для разработки мероприятий по улучшению травматологической и ортопедической службы.

Экспертизе подлежат лица (взрослые и дети), находившиеся в обследуемом лечебно-профилакти-

ческом учреждении по поводу травм, заболеваний или деформации опорно-двигательного аппарата, не ранее чем через год после окончания лечения.

Основными задачами медицинского совета по экспертизе результатов лечения являются следующие:

- изучение исходов лечения больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата;

- выявление недостатков в организации медицинской помощи травматологическим и ортопедическим больным;

- анализ врачебных ошибок, допущенных в лечении больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, и выработка рекомендаций по устранению этих ошибок, повышению качества оказания медицинской помощи травматологическим и ортопедическим больным;

- оказание практической помощи врачам путем квалифицированного анализа всего процесса лечения больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Помимо экспертизы отдаленных результатов лечения, травматологи-ортопеды обязаны ежегодно совместно с органами социального обеспечения проводить углубленный анализ причин инвалидности от травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата с учетом качества, объема и своевременности оказания медицинской помощи и вносить предложения о мерах по устранению выявленных недостатков, предупреждению стойкой утраты трудоспособности.

Поступила 16.06.87.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2:331.108.45

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ*

Проф. Ю. М. Комаров (Москва)

В последние 20 лет эффективность здравоохранения стала снижаться вследствие как объективных причин, так и ряда ошибок и просчетов. Результаты функционирования органов здравоохранения ухудшаются по следующим причинам:

- здравоохранение перестало воздействовать на причины заболеваний (как это было при превалировании в структуре инфекционной патологии), а имеет дело главным образом со следствиями, нередко далеко зашедшими;

- возросло отрицательное влияние образа жизни (до 52—55%), генетических факторов (20—22%), окружающей среды (18—20%) на здоровье населения;

- увеличилась частота врачебных ошибок как вследствие сложности, комплексно-

сти, сочетанности патологии и атипичного ее проявления, так и из-за ошибок в организации и нормировании медицинской помощи, слабой технической вооруженности, снижения требовательности к профессии врача;

- не повышается ответственность каждого человека за свое здоровье;

- специалистами упущен переломный момент в тенденциях здоровья населения (60—70-е годы), когда стала расти детская смертность, стабилизировалась, а затем и сократилась средняя продолжительность жизни, возросла общая смертность, что свидетельствовало о необходимости перехода уже в то время к экстенсивному на интенсивный путь развития здравоохранения;

- снизилось качество медицинской помощи и уменьшилась доступность специализированных ее видов.

* Из выступления на традиционных Курашовских чтениях.— Казань, 20 мая 1988 г.