

вильность выбранных направлений подтвердились тем, что ей, наряду с остальными городскими службами здравоохранения, удалось не только выжить в сложных экономических условиях, но и продолжать развиваться и помогать жителям города не сломаться в их трудной жизни, а если уж травма оказалась неизбежностью, то помочь ему снова.

Организация лечебно-диагностической помощи инвалидам с последствиями травм и заболеваниями опорно-двигательного аппарата

Председатель ОблМСЭК Печоркин Н.С.

Председатель городского травматологического МСЭК Харитонов В.В.

Научный консультант областного и городского травматологического МСЭК Кузнецова Н.Л.

На Международном конгрессе "Человек и его здоровье" (С-Петербург, 1997 г.) текущий год в России был назван годом инвалида.

Если в России в целом за последние 5 лет инвалидность от травм возросла на 31%, в 1996 году была отмечена волна роста инвалидности в г. Екатеринбурге на 6,3% (интенсивный показатель на 10 тыс. жителей составлял 7,0%), в 1997 г. удалось достичь снижения показателя на 9%, интенсивный показатель составил 6,4%. Трудовое увечье за год получили 71 человек (уровень прошлого года). При продолжающемся росте, показатель неблагоприятный в Октябрьском районе – 7,6. Наилучших результатов по 1997 г. достиг В-Исетский район – 5,6.

Хорошо известны основные принципы реабилитации, ее виды, этапы, есть законодательная база ("Закон о социальной защите инвалидов в РФ", 1995 г.). Однако общепринятой концепции организации системы именно такого рода службы еще нет. Наиболее сформированной в нашей стране является медицинская реабилитация, которая играет роль важного составляющего компонента реабилитационного процесса в целом и проводится, в основном, в учреждениях здравоохранения. Но и она не имеет научно-обоснованной концепции и четкой стратегии развития, определенных целей, задач и программы, должного информационного обеспечения. Поэтому актуальным является создание центров медико-социальной экспертизы и реабилитации, предусмотренных Постановлением Правительства РФ № 392 от 03.04.96 г.

В связи с этим городским управлением здравоохранения совместно с областным комитетом социальной защиты населения и ОблВТЭК разработана совместная программа совершенствования системы оказания медико-социальной помощи инвалидам.

Целью данной программы была разработка комплекса мероприятий, которые позволят создать преемственность в работе экспертной и медико-реабилитационной помощи инвалидам и тем самым улучшить качество лечебно-социальной помощи.

Задачи программы.

1. Создание базы данных по динамике экспертизы нетрудоспособности ортопедо-травматологических больных.
2. Определение потребности в реабилитации (консервативной и оперативной).
3. Отработка стандартов качества восстановительного лечения.
4. Отработка стандартов стоимости восстановительного лечения.
5. Кадровое, материально-техническое, финансовое обеспечение.
6. Разворачивание реабилитационных учреждений для консервативного лечения и выделение коечного фонда в стационарах для оперативного лечения. Отработка форм организации и методов реабилитации.
7. Изучение результатов работы программы (пропускная способность, клинические результаты, экономические затраты).
8. Снижение инвалидности населения г. Екатеринбурга.

Учитывая тот факт, что травмы занимают 5-е место в общей заболеваемости населения, заболевания опорно-двигательного аппарата стоят на 6 месте, а также то, что патология опорно-двигательного аппарата (травмы и заболевания) занимает 2 место среди причин временной нетрудоспособности и 3 – среди причин инвалидности и смертности, инвалидность на 10000 взрослого населения составила от травм 6,6, от заболеваний 5,0, было принято решение о выделении городской службы МСЭК.

Указом президента Российской Федерации № 468 от 20.04.93 г. "О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения" правительству России дано поручение в качестве первоочередных мероприятий представлять программы профилактики и снижения инвалидности в случаях возникновения травм, в т.ч. стихийных бедствий.

Главной задачей органов экспертизы является не установление факта нетрудоспособности, а скорейшее восстановление здоровья и трудоспособности. Врачебная экспертиза, устанавливая нетрудоспособность, определяет лечение и режим, необходимые для ее восстановления и улучшения здоровья человека.

Вновь созданная городская МСЭК является специализированной травматологической. В ее состав включены специалисты – травматолог, невропатолог, терапевт. Показанием для направления на МСЭК является заключение лечащих врачей (ВКК) о наличии у больного данных для определения инвалидности, т.е. о неблагоприятном клинико-трудовом

прогнозе.

При первичном направлении на МСЭК в случае определенного прогноза больному устанавливается группа инвалидности, и его данные заносятся в компьютерную базу данных. В случае сомнительного прогноза председателем МСЭК больной направляется на консультацию для решения вопроса о возможности медицинской реабилитации. На основании потребности в медико-социальной помощи разрабатываются индивидуальные программы медико-социальной реабилитации. В редких случаях больные нуждаются в консервативном амбулаторном лечении, которое рекомендуется консультантом и проводится амбулаторно по месту жительства. Обычно это вариант предоперационной подготовки.

Правилом является рекомендация проведения консервативного восстановительного лечения в реабилитационном центре (пос. Садовый, городской физкультурный диспансер, НХО ГБ № 36).

В стационарах используется весь арсенал консервативного лечения (грязи, массаж, ЛФК, механотерапия, физиолечение).

При необходимости больные направляются на оперативное восстановительное лечение. Распределение потоков больных для оперативного лечения определяется профилем специализации отделения.

В ГБ № 36 будут направляться больные с последствиями травм опорно-двигательного аппарата и ортопедическими заболеваниями, а также последствиями черепно-мозговой травмы, остеохондрозами.

В ГКБ № 23 – пациенты с травмой кисти, остеомиелитами, последствиями торако-абдоминальной травмы.

Такой подход к оказанию медицинской помощи инвалидам позволит значительно сократить инвалидность при последствиях травм опорно-двигательного аппарата и улучшить реабилитационную помощь инвалидам с черепно-мозговой травмой, последствиями спинальной, термической травмы, костно-суставным туберкулезом.

Анализ результатов лечения пострадавших с травматическими повреждениями костей лицевого скелета по материалам городского центра челюстно-лицевой хирургии г. Екатеринбурга
Бурдин В.В., Петренко В.А., Ившин П.Г.

Травматизм челюстно-лицевой области продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем хирургической стоматологии. В последние годы наблюдается увеличение не только частоты и тяжести травм, но и изменение их характера. Все чаще встречаются множественные и сочетанные повреждения, нетипичная локализация линий переломов. В структуре хирургических стоматологических больных постра-