

травматологии, особенно с учетом особенностей догоспитального этапа, в т.ч. «полевых условиях» до недавнего времени не проводилась. В вузах также не уделяется должного внимания особенностям травматологической помощи на догоспитальном этапе. С 1988 года на базе ФУВ УрГМА организован цикл «Острая травма», где имеют возможность учиться врачи скорой помощи. Уже прошли обучение первые 25 врачей. По данным статбюро станции, у них сократилось число диагностических ошибок. Попадая на «травму» доктора стали чувствовать себя увереннее. В этом году число врачей, прошедших специализацию, планируется довести до 60 человек.

Совместно с одним из авторов, Кузнецовой Н.Л. (ей принадлежит идея создания цикла и руководство им) на станции составлены и утверждены в управлении здравоохранения стандарты оказания травматологической помощи. Они служат ориентиром определения объема помощи в конкретной ситуации.

С учетом анализа данных за предыдущие годы, динамики роста вызовов можно прогнозировать вероятное количество вызовов на перспективу, что позволяет рассчитать необходимые средства.

С нового учебного года цикл «Острая травма» будут проходить и врачи-интерны, обучающиеся в интернатуре в МУ СМП.

## **Анализ отказов травматологического профиля больных по материалам приемного покоя ЦГБ № 23**

*Фарбер Г.А., Кузнецова Н.Л.*

Наряду с ростом травматизма в г. Екатеринбурге за последние годы стала прослеживаться тенденция диагностики и лечения травмы на догоспитальном этапе. Об этом свидетельствуют данные СМП об увеличении числа больных, которым помощь оказывается на догоспитальном этапе. Стационарная травма в течение последних пяти лет остается на прежнем уровне, однако, значительно возросла ее тяжесть.

Большой интерес представляет группа больных, доставляемая бригадами СМП в приемный покой. Несмотря на наличие приказа ГУЗ, проводящего четкую грань между амбулаторной и стационарной группами больных, до настоящего времени остается очень высоким

процент отказов в госпитализации из-за отсутствия показаний (таблица №5).

Таблица № 5.

Отделения	I – IV 1998 г.	I – IV 1999 г.
Полостной травмы	419	432
Скелетной травмы	666	682
Челюстно-лицевой хирургии	587	656
Нейрохирургии	1007	1043
Всего	2679	2819

В то же время госпитализировано было соответственно 3132 и 3329 человек. Таким образом, процент отказов, к числу госпитализированных составил 85%. Наибольшее число пострадавших поступало с направительным диагнозом черепно-мозговой травмы.

Проведен анализ числа пострадавших, доставляемых СМП из общественных мест и улиц, т.е. представляющих сложности в диагностике травмы и подлежащих доставке в стационар (таблица №6).

Таблица № 6.

Отделения	I – IV 1998 г.	I – IV 1999 г.
Полостной травмы	139	144
Скелетной травмы	222	227
Челюстно-лицевой хирургии	103	109
Нейрохирургии	490	523
Всего	954	1003

Таким образом, данный контингент больных составляет третью часть доставляемых в стационар пострадавших. Остальные пациенты забираются из дома, где имеются все условия для осмотра больных.

Полученные данные предполагают работу лечебного учреждения по ряду направлений:

Во-первых, необходимо выяснить, какое число больных доставляется в приемный покой действительно без показаний. К таким могут быть отнесены случаи, когда при обследовании больного не были использованы дополнительные методы диагностики и не привлекались к осмотру консультанты. В таких случаях речь идет о низкой

квалификации сотрудников скорой помощи по разделу травматология и необходимости дальнейшего обучения.

Во-вторых, анализу должно быть подвергнуто соответствие диагноза пострадавшего с перечнем травм, подлежащих направлению в стационар. Эти два раздела необходимо проанализировать экспертно-аналитическому отделу МУ СМП и сделать соответствующие выводы.

В третьих, учитывать реальные расходы на диагностику и лечение 1 больного в приемном покое из расчета 26 рублей и те огромные потери, которые несет ЛПУ в связи с этим – 732,76 руб. За полгода – целесообразно решить вопрос с областной лицензионной комиссией и ТФОМС с созданием на базе травматологических приемных покоев стационаров одного дня. Это связано с тем, что по положению, в течение 2 часов больной должен получить необходимый объем лечебно-диагностической помощи и быть отпущен домой либо госпитализирован. Однако почти треть пострадавших (сочетанная травма, высотная, транспортная) имеет показания для наблюдения не менее 6 часов. В таких случаях на тратятся большие средства на диагностику больного, как клиническую, так и лабораторную и заполняется история болезни.

В четвертых, необходим анализ летальности в приемном покое и повторных обращений для оценки качества оказания помощи врачам стационаров.

## **Результаты совместной работы городского травматологического экспертного бюро травматологической службы за 1998 г.**

*Кузнецова Н.Л., Печеркин Н.С., Харитонов В.В.*

Работа по снижению инвалидности по травме велась в рамках городской программы “Инвалид”. В июле 1998 г. была создана городская специализированная травматологическая ВТЭК и разработана программа медицинской реабилитации.

По данным министра здравоохранения Стародубова В.И. (1997 г.), инвалидность от травм занимает 3 место в России, отмечен ежегодный рост ее от 10 до 12%.

До 1997 г. в г. Екатеринбурге также отмечается рост инвалидности от травм в среднем на 6%. Однако в 1997 г. уже удалось достичь