

Кафедра соціальної медицини  
та організації охорони здоров'я

Методична розробка для лікарів-інтернів зі спеціальності  
«Ортопедія і травматологія»

**ТЕМА:Організація травматологічної та ортопедичної допомоги в  
Україні. Законодавчі акти, директиви і документи, які регулюють  
діяльність ортопедичної та травматологічної допомоги**

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ:навчальна кімната кафедри №8**

**КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 7 годин**

# **Зміст**

## **теми занять**

Зміст :

- 1) Організація ортопедичної і травматологічної допомоги в Україні
- 2) Травматизм і організація медичної допомоги
- 3) Закони та директиви які регулюють ортопедичної і травматологічної допомоги в Україні

## Травматизм і організація медичної допомоги при травмах

Однією з найважливіших соціально-гігієнічних проблем у даний час є травматизм. Протягом усього ХХ століття актуальність проблеми травматизму росла, причому особливе занепокоєння викликає не просто ріст травматизму в Україні (особливо в останні роки), а та обставина, що відзначається ріст травматизму зі смертельним результатом, з переходом на інвалідність, з тимчасовою втратою працездатності. Сьогодні в економічно розвинутих країнах світу травми займають 3-є місце серед причин смерті населення, причому травми несуть життя людей найбільш молодого працездатного віку. Серед чоловіків у вікових групах від 1 року до 44 років смертність від травм займає 1-є місце. Є дві обставини, що виділяють травми серед інших патологічних станів людини. 1-а зв'язана з раптовістю травм. Ще хвилину, секунду назад людина була здорова й от у результаті впливу якогось фактора здоров'я, а нерідко і, саме життя загублені. Отже, організація медичної допомоги при травматизмі вимагає якоїсь специфіки, повинна відрізнятися від організації допомоги при більшості захворювань. 2-а обставина зв'язана з тим, що цей фактор несприятливого впливу на організм людини, як правило, стає явним відразу ж, як тільки відбулася травма. Боротьба з травматизмом складається з двох частин: профілактики травматизму й організації травматологічної допомоги.

Існує цілий ряд класифікації травм. Розрізняють травматизм виробничий (промисловий) сільськогосподарський і невиробничий (побутовий, транспортний, вуличний). Виділяють спортивний травматизм. Невиробничі травми поділяють на травми, отримані дорослими і дітьми. У дітей виділяють шкільний травматизм.

У структурі загальної захворюваності на частку травм і отруєнь приходить 10—15% (у Києві — 12%) і серед знову виявлених захворювань вони займають 2-є місце, уступаючи тільки захворюванням органів дихання. Середній рівень травматизму складає 120—130 випадків на 1000 населення. Травматизм у чоловіків у 1,5—2 рази вище, ніж у жінок. Це пояснюється не тільки професійно-виробничими особливостями чоловіків, тому що невиробничий травматизм також у чоловіків у 2 рази вище, ніж у жінок. Травми й отруєння зустрічаються в будь-якому віці, але найбільш характерна також патологія для осіб молодого і середнього, найбільш працездатного віку.

Видне місце травми займають у захворюваності з тимчасовою втратою працездатності: на їхню частку приходить в середньому близько 15% усіх листків непрацездатності. Зрозуміло, у робочих різних галузей промисловості питома вага травм у захворюваності з тимчасовою непрацездатністю різко коливається. Велике місце займають травми в госпіталізованій захворюваності, займаючи 1-є місце серед усіх госпіталізованих у лікарні, що працюють у режимі лікарень швидкої допомоги. При цьому останнім часом відзначається тенденція до збільшення частки осіб, госпіталізованих з важкими комбінованими і множинними травмами, що значною мірою зв'язано з ростом автотранспорту.

У структурі первинної інвалідності, тобто серед причин виходу на інвалідність травми займають 2-є місце після серцево-судинних захворювань, складаючи до 20% усіх причин виходу на інвалідність. У структурі загальної інвалідності, тобто серед осіб отримавших інвалідність, як цього року, так і в попередні роки, на долю травм приходить 8—15%. Серед інвалідів від наслідків травм 60—70% складають чоловіки, причому переважають особи у віці 30—45 років. Ще більш високу соціально-економічну значимість здобуває травматизм при вивченні причин смертності населення. Частота і питома вага смертності від травм мають в усьому світі тенденцію до збільшення і займають 3-є місце в структурі всіх причин смерті. В останні роки смертність від травм у Росії претендує навіть на 2-є місце, випереджаючи злоякісні новоутворення. Природно, рівень смертності від травматизму відрізняється в осіб різного віку. Травми є основною причиною смерті в осіб до 30 років. На частку травм і отруєнь у молодих чоловіків приходить до 60% усіх причин смерті.

Тому профілактика травматизму повинна бути предметом пильної уваги, причому не тільки медичних працівників, але і багатьох інших відомств: від служби техніки безпеки і ДАІ до працівників шкіл і дитячих садів.

Крім профілактики травматизму органи охорони здоров'я, лікарі покликані вирішувати і другу сторону проблеми боротьби з травматизмом — раціональну організацію травматологічної допомоги. Перші самостійні травматологічні відділення були організовані в нашій країні в 1919

році з ініціативи А. Л. Поленова. Як згодом показали спеціальні дослідження в умовах надання спеціалізованої травматологічної допомоги незадовільні, результати лікування ушкоджень складали 3—4%, а при лікуванні в загальних хірургічних відділеннях цей показник доходив до 35%. Організатори травматологічної допомоги цілком обґрунтоване вважають одним з основних принципів правильної організації допомоги при травмах наближення першої допомоги до місця події. Другим принципом можна вважати етапність надання допомоги при багатьох травмах. Можна виділити 4 етапи: 1-й — це перша допомога» 2-й — лікарська долікарняна допомога, 3-й — стаціонарна і 4-й етап — відбудовне лікування.

З загального числа потерпілих 90"—95% бідують тільки в амбулаторній допомозі, а з числа облич із травмами, що одержали стаціонарну допомогу практично всі після виписки з лікарні направляються на амбулаторне лікування. У залежності від чисельності населення територіальна амбулаторна травматологічна допомога може бути організована по-різному. У містах з невеликою чисельністю населення потерпілі для одержання амбулаторної допомоги звертаються в хірургічні кабінети чи поліклініки в час, коли поліклініка не працює, у прийомне відділення стаціонару. Така організація по цілому ряді причин не є оптимальною. Тому при наявності можливості в поліклініці виділяють окремі травматологічні прийоми — травматологічні кабінети. Правда, і спеціалізовані кабінети працюють тільки під час роботи поліклініки, тобто з 9 ранку до 21 години. Найбільш оптимальною формою організації амбулаторної травматологічної допомоги є організація травматологічних пунктів, що відкривають звичайно при поліклініці, але можуть бути інколи відкриті і поза поліклінікою, у пристосованому приміщенні. Важливо, щоб такий пункт працював цілодобово і цілодобово при ньому діяв рентгенівський кабінет. Часто хворі одержують там першу допомогу і направляються в стаціонар, а велике число потерпілих одержують у травматологічному пункті не тільки першу кваліфіковану допомогу, але і повне лікування — до видужання, причому основна маса лікується від першої допомоги до видужання в того самого лікаря. Організація травматологічних пунктів є найбільш оптимальною формою амбулаторної допомоги потерпілим із травмами. Однак відкривати травматологічні пункти можна лише в досить великих чи містах адміністративних районах міст із населенням 150—200 тис.

Близько 5—10% потерпілих із травмами мають потребу в госпіталізації. Причому в останні роки відзначається чітка тенденція до помітного збільшення цього показника. Це, як правило, найбільш важкі травми. Найбільш оптимальною організацією стаціонарної допомоги травматологічним хворим є госпіталізація їх у спеціалізовані травматологічні відділення. У таких відділеннях, по-перше, працюють фахівці-травматологи, по-друге, такі відділення краще, ніж обще хірургічні оснащені необхідною апаратурою, медичною технікою.

Важливою медико-соціальною задачею є організація відбудовного лікування і реабілітація хворих і інвалідів унаслідок нещасливих випадків.

## МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

### НАКАЗ

*№ 41 від 30.03.94*

*м.Київ*

#### **Про регламентацію ортопедо-травматологічної служби в Україні**

*( Із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства*

*охорони здоров'я*

*N266 від 16.08.96 )*

За останні роки стан ортопедо-травматологічної служби в Україні значно покращився. Кількість ліжок за останні 5 років збільшилася на 1549 (3.8 %) і у 1992 році становить 29077, забезпеченість ліжками досягла 5.6 на 10000 населення. Відкрито 1054 ортопедо-травматологічних

кабінетів в поліклініках, функціонує 102 травматологічних пункти для цілодобового надання невідкладної допомоги хворим з ушкодженнями опорно-рухового апарату. Кількість штатних посад лікарів-ортопедів-травматологів з 1985 р. до 1992 р. зросла на 1252 (3.1 %) і становить 5322, забезпечення лікарями становить 0.79 на 10000 населення. Щорічно атестується близько 1000 лікарів - понад 20.0 % їх загальної кількості. Разом з цим в ортопедо-травматологічній службі мають місце недоліки, що зумовлюють зниження якості лікування хворих, зокрема, продовжується практика розміщення травматологічних ліжок в загальнохірургічних стаціонарах, у 183 ЦРЛ відсутні ортопедо-травматологічні відділення.

Кількість дитячих ортопедо-травматологічних ліжок недостатня у всіх без винятку областях, мало відкрито спеціалізованих відділень для дітей. Функціонуюча кількість дитячих ортопедо-травматологічних кабінетів явно недостатня, в багатьох обласних центрах та великих містах відсутні спеціалізовані дитячі травматологічні пункти.

Кількість відділень і кабінетів реабілітації недостатня для доліковування хворих з травмами і ортопедичними захворюваннями. Незважаючи на значну кількість штатних посад лікарів-ортопедів-травматологів, фактична зайнятість їх неповна, дефіцит становить 1691 особу, коефіцієнт сумісництва виріс до 1,4, а в окремих областях він досягає 1,6. Незважаючи на велику кількість лікарів вищої та I категорії (56,4 %, якість лікування хворих не покращується, про що свідчать показники первинної інвалідності).

За останні роки інвалідність від травм усіх локалізацій зросла серед робітників і службовців на 18,2 % і становить 5,3 на 10000 робітників і службовців, від захворювань кістково-м'язової системи - на 25,9 % і становить 2,8 на 10000 робітників і службовців. Смертність від травм зросла на 17,9 % і становить 117,3 на 10000 населення.

З метою усунення недоліків та забезпечення подальшого розвитку ортопедотравматологічної служби в Україні і покращання якості лікування хворих

## **I. Загальні положення**

1.1. Спеціалізовані науково-практичні центри ортопедо-травматологічної допомоги (надалі центр) організуються на базах науково-дослідних інститутів, кафедр травматології та ортопедії медичних інститутів та інститутів удосконалення лікарів, обласних та міських лікарень (відповідно напрямку діяльності лікувального закладу): займаються лікувальнопрофілактичною, науковою і організаційно-методичною роботою та забезпечують кваліфікованою допомогою і впровадженням перспективних наукових досліджень, підготовкою спеціалістів для профільних лікувальних закладів.

1.2. Центр у своїй діяльності керується нормативними актами, що регулюють роботу закладів охорони здоров'я та науки. На працівників поширюється дія відповідно всіх положень, наказів та вказівок Міністерства охорони здоров'я України.

## **II. Завдання і функції**

2.1. Надання висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги хворим з ушкодженням органів опори та руху, в різний період їх захворювання із застосуванням сучасних досягнень науки.

2.2. Наукова розробка нових способів діагностики, лікування хворих відповідно до напрямку діяльності Центру. Вивчення розповсюдження патології, наслідків лікування, інвалідності та розробка запобігаючих заходів, спрямованих на зменшення числа негативних явищ в лікуванні хворих.

2.3. Проведення комплексних реабілітаційних заходів, направлених на швидке відновлення функцій опорно-рухового апарату.

2.4. Проведення організаційно-методичного керівництва всіма підрозділами травматолого-ортопедичної служби відповідно до напрямку діяльності Центру. Планування, підготовка та проведення тематичних наукових конференцій, семінарів.

З метою впровадження нових досягнень в лікувально-профілактичній допомозі хворим з ушкодженням органів опори та руху вживати заходи щодо підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу нижчестоячих лікувальних закладів. Підготовлювати та видавати для практичних закладів технології нових методів профілактики, діагностики та лікування хворих за напрямом діяльності Центру, методичні рекомендації, інформаційні листи та інші інструктивні матеріали.

2.5. Відповідальність за роботу, яку проводить Центр, покладається на його керівника.

### **III. Порядок направлення і госпіталізації**

3.1. До центру має право давати направлення тільки спеціаліст, який поінформований про напрями діяльності Центру.

3.2. Для направлення хворих до Центру необхідна виписка із історії хвороби з описанням статусу, наслідками клініко-діагностичних обстежень на момент направлення та рентгенограми в динаміці.

3.3. Відбір хворих для госпіталізації, тривалість їх перебування в Центрі і подальше відновлююче лікування вирішують його фахівці.

3.4. Доставку до Центру хворих, які неспроможні самостійно рухатись, здійснюють місцеві органи охорони здоров'я.

## Тестові завдання:

**1.Амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню надають лікарі різних фахів. Визначити ,лікарям яких фахів належить провідна роль у наданні цієї допомоги**

- A)терапевтам та педіатрам(сімейним лікарям)
- B)терапевтам та неврологам
- C)терапевтам та хірургам
- D)педіатрам та неврологам
- E) педіатрам та алергологам

**2.В основу розвитку сімейної медицини в Україні покладений ряд принципів. Визначити,що з наведеного нижче також відноситься до одного з цих принципів?**

- A)забезпечення родині доступної,безперервної,постійної первинної медико-санітарної допомоги
- B) обов'язкове лікування хворих в стаціонарі
- C)обов'язкове закріплення певних пацієнтів за конкретними сімейними лікарями
- D)надання допомоги хворим тільки терапевтичного профілю
- E) обов'язкова передача хворих з хронічними та невиліковними хворобами до інших закладів охорони здоров'я

**3.При аналізі захворюваності,окрім показників,які характеризують частоту захворювань серед населення,розраховують також екстенсивні показники.Що характеризують дані показники?**

- A) наочно відображають зміни явища в динаміці
- B) поширеність явища у своєму середовищі
- C) співвідношення між досліджуваними явищами
- D) питому вагу, структуру явища , що вивчається

**4.Для характеристики здоров'я населення дільниці сімейний лікар застосував показник інтенсивності.Що характеризує цей показник?**

- A)питому вагу явища
- B) частоту явища у своєму середовищі
- C) співвідношення між явищами, які пов'язані між собою
- D)наочно відображає зміни явища в динаміці



Е) неоднорідність явища ,яке вивчається

**5.Одним з видів захворюваності є інфекційна захворюваність.На якому з нижченаведених документів реєструються ці захворювання?**

А)екстрене повідомлення

В)статистичний талон для реєстрації заключного діагнозу

С) статистична карта пацієнта,що вибув із стаціонару

Д)карта обліку щеплень

Е) історія розвитку дитини

**6.Вивчення захворюваності населення передбачає використання цих даних у практичній діяльності закладів охорони здоров'я. З якою метою використовують ці дані?**

А) вивчення витрат на лікування одного хворого

В) вивчення витрат на гігієнічне виховання населення

С)оцінка рівня санітарної культури населення

Д)планування медичних служб

Е)оцінка стану здоров'я пацієнта

**7.Лікарю-терапевту доручено провести аналіз стану здоров'я дорослого населення на підпорядкованій дільниці. Які групи показників буде залучено до цього аналізу?**

А)демографічні,захворюваності,інвалідності

В) способу життя,захворюваності,інвалідності

С) захворюваності,інвалідності,смертності

Д) народжуваності, захворюваності, способу життя

Е) захворюваності,летальності,фізичного розвитку

## Список використаної літератури:

- 1.Наказ МОЗ України від 23.02.2012 р. № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про цього підрозділи»
- 2.Рудень В.В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу /В.В. Рудень,Г. Г. Яхно, В. І. Дячишин та ін..//За ред.. Заслуженого лікаря України ,док. мед. наук, проф. Рудень В.В.- Львів. Видавничий дім Наутітус. - 2010-629с.
- 3.Черешнюк Г.С. Організаційні основи загальної практики - сімейної медицини / Г.С. Черешнюк, Л.В.Черешнюк // Донецьк: Видавець Заславський О.Ю.,2014.-144с.

Автор: ст. викладач Черешнюк Г.С.

Затверджено на засіданні кафедри

«30» 08 2018 р.

Протокол № 2

Зав.кафедри соціальної медицини,  
економіки та організації охорони здоров'я

проф.О.М.Очередыко