

ISSN 1684-9280

**Травматология**  
**ЖӘНЕ**  
**Ортопедия**

# СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

УДК 614.2: 616.716.8 – 001.1 – 036.83 – 052

## СОСТОЯНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ ЕДИНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В РЕСПУБЛИКЕ

Ж.Б. УРАЗАЛИН, Т.У. БАТЫРОВ, Б.Ш. ДАКЕНОВ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова  
Акмолинская государственная медицинская академия  
Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

В Казахстане ежегодно наблюдается рост травматизма на 600-700 тысяч случаев и среди них до 6-18% составляют травмы лица, которые могут встречаться как в изолированном виде, так и в сочетанной, множественной форме политравмы. Наши ранние исследования состояния травматологической стоматологической помощи больным с переломами костей лицевого скелета показали ряд существующих организационно-тактических и лечебно-методических ошибок и недостатков в существующей системе медицинского обеспечения этого контингента больных в республике [3,5]. Сегодня квалифицированная помощь больным с челюстно-лицевой травмой также не всегда оказывается своевременно и адекватно, большинство пострадавших поступают в специализированное отделение челюстно-лицевой хирургии поздно, зачастую с осложненными течениями травм [1, 2, 5].

**Материалы и методы.** Подверглись статистической обработке отчеты и специальные анкеты, разработанные на кафедре хирургической стоматологии КазНМУ, учитывающие характер и качество медицинской помощи больным с травмами челюстно-лицевой области. Изучались регистрационные журналы приемного отделения областных, городских больниц, истории болезни больных отделения челюстно-лицевой хирургии 10 областей и двух столиц.

Проводилась выборочная экспертная оценка объема и качества догоспитальной, стационарной, постгоспитальной периодов медицинской помощи пострадавшим на основании тщательного изучения дополнительного анамнеза больных и наблюдения их в стационаре, в кабинете реабилитации 5 ГКБ г.Алматы и отделения ЧЛТ НИИТО г.Астана.

**Результаты и обсуждения.** По нашим данным, на стационарном этапе допускается много ошибок как организационного, так и лечебного характера. В условиях Казахстана, где население расселено в малонаселенных пунктах и до ближайшего крупного города, областного центра расстояние в среднем составляет 350-500 км., а в большинстве регионов республики суровые погодные условия (бураны, метели зимой, ненастье, дожди, ураганы летом), и особенные условия сегодняшнего рыночного времени, службе скорой медицинской помощи не всегда удается оказывать неотложную помощь и своевременно доставлять больных в специализированное челюстно-лицевое отделение. Удельный вес пострадавших с переломами костей лица, направ-

ленных и доставленных в стационар службой скорой медицинской помощи составляет всего лишь 12,9%. Своевременно и квалифицированно оказанная догоспитальная помощь врачами общих поликлиник, скорой медицинской помощи, центральных районных больниц, ТОО - стоматологических поликлиник (отделений) больным при травмах костей лица предупреждает возможные осложнения, намного благоприятствует скорейшему выздоровлению и восстановлению работоспособности пострадавших. Наши исследования показали, что на месте происшествия и в последующие часы (до суток) первая помощь больным практически на оказывается. Очень высок удельный вес больных, обратившихся за медицинской помощью к средним медицинским работникам, врачам общеклинического профиля. Качественный анализ случаев оказания догоспитальной помощи пострадавшим с травмами костей лица, проведенный с помощью экспертной оценки, показал недостаточно полный объем проведенной догоспитальной помощи, низкое ее качество, а также несвоевременность ее проведения.

По нашему анализу, основной объем квалифицированной помощи, оказанной врачом стоматологом поликлиники, такой как адекватное обезболивание, правильная репозиция и иммобилизация отломков, а также обеспечение правильной транспортировки пострадавших в специализированное стационарное отделение хирургической стоматологии, не всегда выполнялось в достаточной мере. Анализ показал, что у 1,7% больных причинами осложнений являлись ошибки лечебных мероприятий в догоспитальном периоде, у 2,1% - недостаточно обоснованная иммобилизация, у 0,4% - недостаточная квалификация врача стоматолога поликлиники и т.п. Следует отметить высокий удельный вес причин осложнений, когда из линий перелома не удаляются интактные (15,2%), кариозно пораженные (3,3%), травматически поврежденные зубы (4,6%), которые было показано удалять еще на этапе квалифицированной помощи врачом - стоматологом поликлиники.

По нашим данным, пострадавшим с переломами костей лицевого скелета своевременная медицинская помощь оказывается не всегда. Экспертная оценка показала, что нуждающимся в квалифицированной помощи пострадавшим в первые сутки она оказана только в 20,4%, на вторые в 12,1%, на третьи - в 6,7% случаях.

Естественно, несвоевременное обращение пострадавших к врачу является основной причиной возникновения осложнений и, по нашим данным, у 27,8% больных с осложненными течениями переломов причиной осложнения являлась поздняя медицинская помощь.

Анализ деятельности стационара по оказанию специализированной помощи больным с травмами костей лицевого скелета также показал ряд организационно-тактических и лечебно-методических ошибок. Главным критерием в оценке стационарной помощи является удельный вес осложнений и распределение причин осложнений. Как было выявлено, осложнения переломов костей лицевого скелета наблюдались в среднем по республике у 22,1% больных. В 12,3 % случаев причинами этих осложнений были поздние сроки оказания специализированной помощи, в 3,7% - не проведенная санация полости рта, в 3,1% - ошибки в лечебных мероприятиях, проводимых в стационарах, в 3,1% - в отсутствии подкрепляющих терапевтических мероприятий, в 0,6% - ошибки в диагностике, в 0,4% - недостаточная квалификация врачебного персонала стационара. Отказы больного от госпитализации (5,2%), от удаления зуба (2,9%) и нарушения режима больным (12,3%), которые являлись причинами возникновения осложнений, необходимо считать ошибками и недостатками организационно-тактического характера, допущенные медицинским персоналом, в частности, врачами на этапе специализированной помощи. Несвоевременная диагностика черепно-мозговой травмы при сочетанных челюстно-лицевых травмах отмечены в 17,0-68,1% случаях, а расхождения диагнозов (догоспитальной и стационарной) составили 17 - 45% [2].

На этом (основном) этапе медицинской помощи пострадавшим с переломами лицевого скелета в стоматологических стационарах отмечено 2 направления недостатков:

- организационно-тактического характера;
- лечебно-диагностического характера;

главным образом указывающие на отсутствие единого методического принципа комплексного лечения больных в отделении челюстно-лицевой хирургии.

Немаловажное значение имеет в лечении больных с переломами костей лица их постгоспитальная реабилитация. К сожалению, в республике существует всего лишь три реабилитационных кабинета, предназначенных для лечения стоматологических больных в постстационарном периоде. Анализ деятельности одного из этих кабинетов, организованных при 5-й городской клинической больнице г.Алматы, на базе которой развернуты 3 отделения челюстно-лицевой хирургии, убедительно показала рентабельность и перспективность функционирования таких кабинетов. Во-первых, за счет ранней выписки больных из стационара в кабинет реабилитации на долечивание удается освободить койки для плановых больных и сэкономить расходы стационара. Во-вторых, комплекс реабилитационных мероприятий в постстационарном периоде резко сокращает удельный вес осложнений и повторной госпитализации. А в условиях областных и районных стоматологических поликлиник реабилитационные мероприятия больным с переломами челюстей не проводились, и в большинстве случаев больные долечивались в стоматологических стационарах областной больницы, тем самым длительно занимая место (койки) или отвлекаясь под наблюдение врача – стоматолога по месту жительства, который зачастую мало осведомлен в вопросах реабилитации травматологических больных.

В г.Астане ежегодно экстренная стоматологическая помощь оказывается до 5,5 тысяч нуждающимся, из них 1/5 в условиях стационара. По анализу данных приемного и челюстно-лицевого отделения стационара догоспитальная экстренная помощь оказывается не в

полном объеме и не проводится диагностическое обследование таким больным:

- не проводятся обезболивание, репозиция и иммобилизация отломков при переломе челюстей;
- не удаляются зубы из линии перелома (после определения нежизнеспособности пульпы) при переломе челюстей;
- часто не проводится рентгендиагностика в амбулаторных условиях;
- не накладываются временные средства иммобилизации переломов челюстей;
- выписанным из стационара больным после лечения травм костей лицевого скелета, и их осложнений, гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области, восстановительных операций, требующих длительного диспансерное амбулаторное лечение, не проводятся адекватные реабилитационные мероприятия, так как в городе нет реабилитационных стоматологических кабинетов;
- многие больные вынуждены обращаться в стационар после их выписки для осмотра, перевязки, консультации и снятия зубных шин и т.п. [1].

Учитывая вышеизложенное и специфические особенности диагностики, лечения и реабилитации больных при травмах челюстно-лицевой области и зубов, особенно переломов костей лицевого скелета, требующих комплексного, разностороннего и непрерывного воздействия для полного восстановления жевательной, разговорной функций и косметической, психологической реабилитации больных и то, что в приемное и челюстно-лицевое отделения организованного РГКП "НИ-ИТО" МЗ РК в г. Астане также будут обращаться экстренные больные с одонтогенными воспалительными процессами и их осложнениями, другими неодонтогенными заболеваниями, опухолями полости рта и челюстно-лицевой области и т.п. и с целью улучшения организации и качества специализированной медицинской помощи больным с челюстно-лицевой травмой и нуждающимся в экстренной стоматологической помощи, постстационарной полноценной реабилитации стоматологических больных в столице, предлагаем объединить все стоматологические службы института в один научно-методический и специализированный научно-клинический отдел челюстно-лицевой травматологии и стоматологии, включающий следующие подразделения:

1. Приемно-диагностическое отделение с диагностической аппаратурой (дентальный рентгенаппарат и др.) и со стоматологическим кабинетом с установкой, операционной, оборудованной для оказания круглосуточной экстренной стоматологической помощи (травмы органов полости рта и лица, зубные боли, малые экстренные операции, первичная хирургическая обработка ран лица, полости рта и т.п.) со штатом не менее 4,75 врачебной и соответствующей нормативу медсестринской, младшей сестринской и рентгенлаборантской должностей.

2. Стационарное отделение на 30 коек для экстренной и плановой стационарной хирургической помощи стоматологическим больным, со штатом по существующему нормативу, типовым оснащением для хирургических отделений многопрофильных больниц.

3. Реабилитационное отделение проводит комплексное лечение и в нем работают:

а) стоматологический кабинет смешанного (терапевтического и хирургического) приема для санации полости рта стационарных больных и выписанных для постстационарного долечивания, для малых стоматологических операций и т.п.;

б) кабинеты ортопедической стоматологии с зуботехнической лабораторией для изготовления временных и постоянных зубных протезов больным стациона-

ра до операции и после операции, изготовления сложно-челюстных конструкций и протезов при восстановительных операциях челюстно-лицевой области;

в) кабинеты ЛФК, массажа лица, физиотерапии, ирригации полости рта для полноценной реабилитации стоматологических больных.

### ВЫВОДЫ

Проведенный анализ медицинской помощи пострадавшим с переломами костей лицевого скелета в республике указывает на необходимость создания единой системы стоматологической травматологической службы, учитывающей преемственность в догоспитальном, стационарном и постстационарном периодах реабилитации этих больных.

В созданном РГКП "НИИТО" МЗ РК организация специализированного НКО челюстно-лицевой травматологии и стоматологии создали бы условия для оптимальной организации экстренной стоматологической помощи населению столицы и комплексного полноценного квалифицированного лечения и реабилитации больных с челюстно-лицевой и стоматологической патологиями региона, что также было бы оптимальным для проведения научно-исследовательских работ в этой области.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Батыров Т.У. Подольская Я.В. Состояние неотложной стоматологической помощи // Валеология. - Астана, 2001. - С.88-91.

2. Вансванов М.И. Сочетанная черепно-лицевая травма, диагностика, клиника, лечение. Автореф. дисс.... к. м. н., Алматы, 2001.

3. Лимберг Алла А. Специализированное лечение поврежденных лица у пострадавших с сочетанной и множественной травмой, вопросы организации и пути совершенствования // Специализированная помощь пострадавшим с повреждениями лица при сочетанной травме: организация, лечебная тактика, реабилитация. - Санкт-Петербург. - 1991. - С.5-13.

4. Уразалин Ж.Б., Курмангалиев З.К., Батыров Т.У. Основные принципы организации догоспитальной медицинской помощи при переломах костей лицевого скелета // Метод. рекомендации - Алматы, 1983 - 30 с.

5. Уразалин Ж.Б., Ибрагимова Р.С., Горяшинова В.В. Анализ факторов, способствующих факторов, нарастанию воспалительных процессов челюстно-лицевой области и пути их профилактики // В кн. "Экспериментальные и клинические проблемы в стоматологии" Алма-Ата, 1989.