

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

БОНДАРЧУК ГЕННАДІЙ ВАДИМОВИЧ

УДК617.54-001-085+617.55-001-085

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ МОДЕЛІ НАДАННЯ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ З ПОЛІСИСТЕМНИМИ ПОШ-
КОДЖЕННЯМИ В УМОВАХ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ

14.02.03 – соціальна медицина

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Харків – 2015

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Державному закладі «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Міністерства охорони здоров'я України

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор **Гур'єв Сергій Омелянович**, ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Міністерства охорони здоров'я України, заступник директора з наукової роботи

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор Рудень Василь Володимирович, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я, завідувач кафедри;

доктор медичних наук, академік Академії наук вищої освіти України Піщіков Валерій Анатолійович, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, кафедра управління охороною здоров'я, професор кафедри

Захист відбудеться 28 квітня 2015 року об 11 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.600.06 при Харківському Національному медичному університеті МОЗ України за адресою: 61022, м. Харків, пр. Леніна, 4, корпус «А», конференційна зала.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківського Національного медичного університету МОЗ України за адресою: 61022, м. Харків, пр. Леніна, 4.

Автореферат розісланий “ 27 ” березня 2015 року

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
к.мед.н., доцент

Л.І. Чумак

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. В останні десятиліття, не зважаючи на значні досягнення хірургії, травматології, анестезіології та реанімації, в Україні, як майже у всьому світі, спостерігається значне підвищення рівня, тяжкості та летальності при травматичних пошкодженнях людини, що дозволило деяким авторам впровадити поняття «епідемія травматизму» (Г.В.Гайко, 2012; С.О.Гур'єв, 2009; В.В.Лазоришинець, Г.О.Слабкий, 2014; В.Ф.Москаленко, 2007; М.Г.Москвичева, 2014). Зростання кількості пошкоджень життєво важливих органів, великі затрати виробничих і матеріальних сил, які витрачаються на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію хворих з травматичною хворобою, надають цій проблемі особливої актуальності й величезного соціального та медичного значення (Ф.С.Глумчер, 2012; С.О.Гур'єв, 2012; В.В.Колесников, 2006; І.М.Самохвалов, 2009).

Питома вага смертності та інвалідності внаслідок травматичних пошкоджень складає 7,6 % у розвинутих країнах та 10,7 % – у країнах, що розвиваються. У цілому світі травми та пошкодження є основною причиною смерті людей віком від 15 до 45 років. Експерти ВООЗ констатують: дорожній травматизм, який у структурі смертності посідає восьме місце у світі, є головною причиною смерті молоді віком 15 – 29 років і прогнозують достовірне збільшення до 2030 року смертності та інвалідності внаслідок ненавмисних пошкоджень – транспортних аварій, техногенних катастроф тощо (М.Г.Москвичева, 2014). Темпи приросту смертності від даних причин в Україні складають 37 – 40 %. Зі 100 постраждалих від дорожньо-транспортних пригод (ДТП) в Україні гине 15 -17 осіб, в країнах Європейської Спільноти – 3 -4 особи, у США 1 -2 особи (Г.Г.Рошцін, 2010; С.О.Гур'єв, 2010, 2011).

Особливого значення набули, як в аспекті складності, так і в аспекті загрози життю, поєднані полісистемні та поліорганні травматичні пошкодження, що є дуже складною проблемою для медичної науки та охорони здоров'я (В.Русс, 2009; D.Morales García, 2008; M.Frink, 2009) і складають, за різними літературними даними, від 17,6 % до 80,0 % всіх пошкоджень. Летальність серед постраждалих з поєднаною полісистемною травмою в Україні залишається досить високою та має стійку тенденцію до зростання (Г.В.Гайко, 2012; С.О.Гур'єв, 2009; Е.К.Гуманенко, 2009), що вказує на недостатню за рівнем та обсягом медичну допомогу для даної групи постраждалих (С.Г.Зуєв, 2010; Д.М.Проценко, 2011).

Дослідження згаданої проблеми вказують на те, що недоліки лікування постраждалих мають, насамперед, клініко-організаційний характер (Н.И.Хвисьюк, 2003; Л.М.Анкін, 2008; F.Gebhard, 2008; С.О.Гур'єв, 2009; К.Карван, 2009; В.А.Бойко, 2012;).

Оскільки, питанням організації надання медичної допомоги приділяється вирішальне значення постраждалим з полісистемними пошкодженнями (ПСП) власне, дане дослідження і обумовило необхідність наукового вивчення основних характеристик раннього госпітального етапу лікування даної категорії пацієнтів, як найбільш складної частини системи надання допомоги постраждалим, від чого в значній мірі залежить проведення ефективного та результативного лікувально-діагностичного процесу, насамперед, саме життя постраждалого

(М.І.Березка,2011;V.Perna., Y.Liu, 2013). Враховуючи, що існуючі дослідження стосуються в основному питань клінічного аспекту надання медичної допомоги даній категорії хворих, вивчення клініко-організаційного процесу лікування постраждалих з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні є актуальним завданням.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.Дане дисертаційне дослідження здійснено в межах виконання науково-дослідних робіт у Державному закладі«Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»«Розробити патогенетичне обґрунтування технології надання медичної допомоги хворим на травматичну хворобу внаслідок впливу екстремальних факторів антропо-техногенного походження» (№ державної реєстрації 0103U0006037); «Патогенетичне обґрунтування комплексного лікування постраждалих з поліорганним абдомінальним пошкодженням внаслідок надзвичайних ситуацій та катастроф» (№ державної реєстрації 0100U002782).

Мета роботи. Обґрунтувати та розробити оптимізовану модель надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні.

Завдання дослідження.

Для досягнення вказаної мети необхідно було реалізувати такі завдання:

1. Провести системно-історичний аналіз вітчизняних та світових даних наукової літератури пов'язаної з проблемами надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями.
2. Проаналізувати медико-соціальні особливості контингенту постраждалих з полісистемними пошкодженнями в сучасних умовах.
- 3.Визначити клініко-нозологічні характеристики постраждалих з полісистемними пошкодженнями, що лікуються у міських лікарнях.
4. Проаналізувати адекватність медичного обслуговування на ранньому госпітальному етапі надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями та розробити уніфіковану організаційну схему надання медичної допомоги таким хворим.
5. Наукове обґрунтування оптимізованої моделі клініко-організаційного змісту в наданні медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні.
6. Оцінка ефективності впровадження основних елементів пропонованої моделі.

Об'єкт дослідження – організація медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні.

Предмет дослідження – медико-соціальні характеристики контингенту постраждалих з полісистемними пошкодженнями; клініко-нозологічні характеристики контингенту постраждалих; клініко-організаційні форми надання допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями на ранньому госпітальному етапі в умовах багатопрофільного лікувально-профілактичного закладу міського типу, медична ефективність.

Методи дослідження. Методологія дослідження базувалась на системному підході, а основними методами стали:

–бібліосемантичний та історичний – для порівняння та узагальнення інформації щодо проблеми надання допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями;

–медико-статистичний – для характеристики контингенту постраждалих з полісистемними пошкодженнями;

–моделювання – для розроблення оптимізованої моделі надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні;

–біостатистичний – для статистичного опрацювання отриманих результатів дослідження;

–організаційного експерименту – для апробації оптимізованої моделі надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні;

–порівняльного аналізу – для оцінки ефективності оптимізованої моделі надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

–з позиції системного підходу проведено вивчення медико-соціальних особливостей контингенту постраждалих з полісистемними пошкодженнями та розроблено методичні підходи дослідження цієї проблеми;

–визначено ризики виникнення летального результату у постраждалих з полісистемними пошкодженнями на ранньому госпітальному етапі лікування в умовах багатопрофільної лікарні міського типу;

–системно вивчено організацію медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями на ранньому госпітальному етапі лікування в умовах багатопрофільної лікарні міського типу та запропоновано шляхи її оптимізації;

–науково обґрунтована уніфікована організаційна схема надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні, яка базується на взаємодії структурних елементів міської лікарні;

–науково обґрунтована оптимізована модель надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями, яка заснована на принципах стандартизації, оптимізації заходів і маршрутів пацієнтів в просторі та за часом, можливістю контролю, послідовністю та наступністю медичних технологій та визначена її ефективність.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дисертаційного дослідження стали підставою для:

– розроблення та впровадження у медичну практику науково-обґрунтованої оптимізованої моделі надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями, яка заснована на принципах стандартизації, оптимізації заходів, можливістю контролю з диференціацією та раціональним розподілом матеріальних і кадрових ресурсів, функціональних обов'язків та потоку пацієнтів у форматі локальних маршрутів хворих, послідовністю та спадкоємністю медичних технологій;

–оптимізації лікувально-діагностичного процесу на ранньому госпітальному етапі лікування постраждалих з політравмою в умовах багатопрофільної лікарні міського типу;

–наукового обґрунтування уніфікованої організаційної схеми надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні.

Їх впровадження реалізовано:

а) на *галузевому рівні* шляхом розроблення методичних рекомендацій «Принципи визначення потреби кадрового та матеріального ресурсу системи охорони здоров'я для надання екстреної медичної допомоги постраждалим внаслідок дорожньо-транспортних пригод» (Київ, 2015);

б) на *регіональному рівні*

Результати дисертаційної роботи впроваджено:

- у роботу Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, Сімферопольської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, Харківської обласної клінічної лікарні, Куп'янської центральної міської лікарні, Балакліївської центральної районної лікарні, Чугуївської центральної районної лікарні, Ізюмської центральної районної лікарні, Дніпропетровського обласного територіального центра екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, Львівського обласного територіального центра екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (акти впровадження);

- у навчальний процес профільних кафедр Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, медичного інституту Сумського державного університету (акти впровадження).

Особистий внесок здобувача. Дисертант самостійно визначив напрямок дослідження, обґрунтував актуальність дослідження, розробив програму та методичний апарат дослідження, повністю провів збір, статистичну обробку та аналіз матеріалу, обґрунтував уніфіковану організаційну схему надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні, розробив оптимізовану модель надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями, сформулював висновки дисертаційної роботи та рекомендації щодо впровадження результатів роботи в практичну охорону здоров'я.

Апробація результатів дисертації. Результати, отримані у процесі проведення даного дослідження, були представлені на Українській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми діагностики і лікування полісистемних травматичних ушкоджень» (Вінниця, 2005), на Всеросійській науково-практичній конференції «Лікування поєднаних травм і пошкоджень кінцівок», присвяченій 75 – річчю кафедри травматології та ортопедії Російського державного медичного університету (Москва, 2008), науково-практичній конференції «Сучасні дослідження в ортопедії та травматології» (Харків, 2011), міжнародній науково-практичній конференції «Наука і практика в сучасному світі: актуальні проблеми та тенденції розвитку» (Київ, 2013), науково-практичній конференції за участю міжнародних спеціалістів «Слобожанські читання. Медич-

не і фармацевтичне право України: інновації, якість, безпека і перспективи розвитку» (Харків, 2013), міжнародній науково-практичній конференції «Роль та місце медицини у забезпеченні здоров'я людини у сучасному суспільстві» (Одеса, 2013), на Вчених радах ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України», 2007 - 2013 рр.

Публікації. За темою дисертаційної роботи опубліковано 17 робіт, з них 7 статей у фахових виданнях України, 1 з яких в журналі, що зареєстрований в міжнародних наукометричних базах «Российский Индекс Научного Цитирования» (РИНЦ, Росія) та «Scopus» (Польща), 2 монографії, 8 праць апробаційного характеру, а також отримано патент України на корисну модель.

Структура і об'єм роботи. Дисертація складається із вступу, аналітичного огляду джерел наукової інформації, розділу, присвяченого матеріалам та методам дослідження, 4 розділів власних досліджень та аналізу отриманих даних, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, додатків.

Загальний обсяг дисертації – 206 сторінок машинописного тексту, містить 17 рисунків та 39 таблиць. Бібліографія містить 218 джерел, у тому числі 51 закордонне.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У першому розділі «Аналітичний огляд джерел наукової інформації щодо організації надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями» наведено системний огляд наукової літератури за темою дослідження, результати якого засвідчили значну кількість невирішених питань в організації медичної допомоги постраждалим та травмованим, що обумовило напрямок та доцільність дисертаційного дослідження.

У другому розділі «Програма, матеріали й методи дослідження» для досягнення поставленої мети на основі системного підходу була розроблена спеціальна програма дослідження, яка передбачала його виконання у п'ять етапів із використанням доцільних методів (рис. 1).

Результати реалізації завдання першого етапу (опрацювання 218 джерел) дозволили визначити комплекс проблем, що супроводжують надання допомоги постраждалим та травмованим, результати надання медичної допомоги, оцінити світовий та вітчизняний досвід в організації надання медичної допомоги досліджуваного контингенту.

Другий етап присвячувався вивченню медико-соціальних особливостей контингенту постраждалих із полісистемними пошкодженнями, які надходять на лікування до міських лікарень, а саме: віко-статеві та соціальні характеристики постраждалих з полісистемними пошкодженнями, розподіл контингенту за механізмом виникнення травми та видом травматизму, також за часом отримання пошкоджень.

Завданням третього етапу стало дослідження клініко-нозологічної характеристики контингенту постраждалих з полісистемними пошкодженнями, які надходять на лікування до міських лікарень.

Головним завданням четвертого етапу дослідження стало вивчення стану надання медичної допомоги постраждалим із полісистемними пошкодженнями на ранньому госпітальному етапі, визначення організаційних чинників, які впливають на результат надання медичної допомоги.



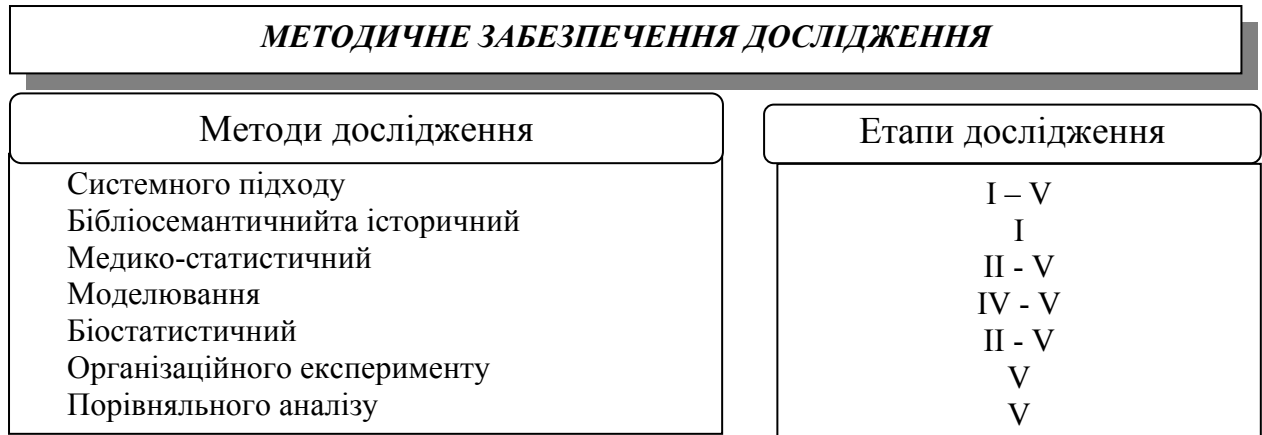


Рис. 1. Програма, матеріали та обсяги дослідження

На п'ятому етапі узагальнені результати дослідження дали змогу науково обґрунтувати оптимізовану модель надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями. Оцінювання ефективності запропонованої моделі та її складових здійснювали за допомогою порівняльного аналізу обраних показників.

Таким чином, запропонована програма дослідження, його обсяги та обраний методичний апарат дозволили отримати репрезентативні дані, вирішити поставлені завдання на кожному з етапів, результати яких покладено в основу обґрунтування запропонованої оптимізованої моделі.

В процесі дослідження проаналізовано 385 випадків пошкоджень до проведення клініко-організаційного експерименту та 223 випадків – після проведення клініко-організаційного експерименту. Формування фактичного матеріалу дослідження здійснювалося методом беззворотної рандомізації за законом випадкових чисел із загального масиву випадків політравми у постраждалих м. Вінниця. На кожний випадок заповнювалась карта збору інформації. Усі дані були занесені до електронного реєстру та проаналізовані за допомогою комп'ютерних технологій.

У розділі 3 «Медико-соціальні особливості контингенту постраждалих із полісистемними пошкодженнями, які поступають на лікування до міських лікарень» з'ясовано, що серед постраждалих з політравмами переважають особи чоловічої статі ($73,51 \pm 2,2\%$) над жінками ($26,49 \pm 2,2\%$). Ризик отримання полісистемних пошкоджень у чоловіків у 2,77 рази вище, ніж у жінок, особливо полісистемних пошкоджень з летальними наслідками. У групі померлих чоловіки складають 80,53%, що в 4,13 рази більше, ніж жінок.

Чоловіки та жінки найчастіше отримують полісистемні пошкодження у віці 21 - 30 років – 27,92 % та 22,55 % відповідно. Серед видів травматизму переважає дорожньо-транспортний ($48,57 \pm 2,0\%$) та побутовий травматизм ($20,26 \pm 2,0\%$). Дорожньо-транспортний травматизм превалює в усі часові періоди, а 48,66% дорожньо-транспортних травм відбувається в період 16⁰⁰ - 24⁰⁰ години. У період з 0⁰⁰ до 8⁰⁰ переважає кримінальний та побутовий травматизм (27,78 % й 11,11 % відповідно). У «робочий час» (з 8⁰⁰ по 16⁰⁰), домінує дорожньо-транспортний травматизм (44,78 %), побутовий (25,37 %), виробничий та кри-

мінальний травматизм (15,67 % й 12,69 % відповідно). Майже половина (46,5±2,5 %) кількості постраждалих поступає на лікуванняу часовий період 16⁰⁰ – 24⁰⁰ години. Найбільшу кількість травм потерпіліотримують восени – 31,43 %, близьким за питомою вагою є літній період 30,13 %.

Таким чином полісистемні пошкодження більш притаманні особам працездатного віку, а саме чоловікам та працівникам промисловості. Полісистемні пошкодження виникають внаслідок високоенергетичної травми. Основними механізмами травмування є прямий удар та падіння. Основними видами травматизму є ДТП, кримінальна та побутова травми. Більшість травм постраждалі отримують у вечірній час та в осінньо-літній період.

Розділ 4 «Клініко-нозологічна характеристика контингенту постраждалих із полісистемними пошкодженнями, які поступають до міських лікарень». Промонстровано, що в середньому, кожен травмований отримує 2,38 пошкоджень. Більшість (71,17±2,3 %) постраждалих з полісистемними травмами отримують пошкодження опорно-рухового апарату, 70,13±2,2 % мали пошкодження голови, травму грудної клітини отримали 52,47 %, травму органів черевної порожнини – 43,90 % постраждалих. Серед постраждалих, які одужали на одного постраждалого припадає 2,2 пошкодження, а у масиві загиблих – 2,8 пошкоджень. У групі постраждалих, які одужали, пошкодження опорно-рухового апарату посідають перше місце – 72,06%, а в групі загиблих переважають пошкодження голови – 88,5 %. Варто зауважити, що до групи критичного ризику відносяться пошкодження грудної клітки, голови та живота.

Найбільша група серед усіх травмованих – це постраждалі з поєднанням пошкоджень двох типів, що складає 63,38±2,5 % від загального масиву вивчення, з пошкодженнями трьох типів – 27,79±2,3 %, з поєднанням пошкоджень чотирьох типів – 8,83 %. Найбільша летальність у групі постраждалих з поєднанням пошкоджень чотирьох типів – 70,59 %. Найменша летальність – у потерпілих з пошкодженням двох типів – 22,54 %. Провідним пошкодженням у 22,7 % була черепно-мозкова травма, 12,3 % – травма органів черевної порожнини, 17,3 % скелетна травма, 6,5 % – травма грудної клітки, 41,2 % потерпілих мали вкрай тяжкі пошкодження, серед яких провідне виявити неможливо.

Пневмоторакс, гемоторакс, або гемо-пневмоторакс у постраждалих з полісистемними пошкодженнями зустрічається в 34,81%. Летальність при двобічних пошкодженнях грудної клітини значно перевищує летальність при однібічних пошкодженнях ($p < 0,05$).

Найчастіше поступають постраждалі з краніо-скелетною травмою – 22,34 %, краніо-торако-скелетною травмою – 12,99 %, краніо-торако-абдоміно-скелетною травмою – 8,83 %. Ці три види пошкоджень складають 44,16 %. Найбільше гине постраждалих з краніо-торако-абдоміно-скелетною травмою – 70,59 %. Найменша летальність серед постраждалих з краніо-скелетною травмою – 15,12 %, хоча за кількістю постраждалих ця група посідає 3 місце в масиві загиблих, що є свідченням виключної залежності ризику летального результату від характеру клініко-нозологічної форми, а не поширеності в загальному масиві постраждалих з політравмою.

Значною мірою летальний результат обумовлений тяжкістю та обсягом

пошкодження, складністю діагностики пошкоджень внаслідок впливу алкогольної інтоксикації, оскільки 49,87 % постраждалих отримали травму в стані алкогольної інтоксикації.

Для визначення ступеня шоку в постраждалих з полісистемними пошкодженнями використовувалась загальновизнана та найпростіша для визначення під час надання невідкладної допомоги система оцінки стану потерпілого – Альговера та Буррі, так званий – шоківий індекс. Найчастіше постраждалі поступають у стані шоку 2-го ступеня – 31,95 %, друге місце займають постраждалі з шоком 1-го ступеня – 27,53 %, разом ці групи складають 59,48 % від загального масиву вивчення. Третє місце займають постраждалі з шоком 3-го ступеня – 16,10 %, четверте – недиагностований шок у 14,81 % потерпілих і найменша кількість постраждалих 9,61 % доставляється до стаціонару в стані шоку 4-го ступеня.

Для визначення стану постраждалих була використана система стандартизованої оцінки ISS (Injury Severity Score – шкала ступеня тяжкості травми). Виявлено, що пошкодження у постраждалих з полісистемними травмами найбільш часто є тяжкими (28 - 34 бали – 42,60 %), а також вкрай тяжкими (35 - 42 бали – 33,76 %). У цілому тяжка та вкрай тяжка травма посідає за питомою вагою 76,36 % загального масиву постраждалих з політравмою, які потребують стаціонарного лікування та надходять на ранній госпітальний етап надання медичної допомоги внаслідок полісистемних пошкоджень.

На перебіг травматичного процесу впливає не лише тяжкість пошкодження, але й тяжкість стану постраждалого, що обумовлено впливом багатьох факторів, зокрема базового стану функціонування систем організму. Для оцінення тяжкості стану постраждалих була обрана стандартизована система оцінки – шкала TS (Trauma Score). Основний контингент постраждалих з полісистемними пошкодженнями, що надходять на ранній госпітальний етап надання медичної допомоги перебуває у стані від 3 до 15 балів за шкалою TS, тобто в стані середньої тяжкості, тяжкого та вкрай тяжкого ступенів тяжкості, що в цілому складає 93,26 % та суттєво впливає на результат перебігу травматичного процесу.

Серед постраждалих що вижили, найбільшу питому вагу мають постраждалі з тяжкими пошкодженнями (45,22 %); постраждалих у вкрай тяжкому стані вижило лише 33,82 %.

Доведено, що полісистемні пошкодження є окремою, досить тяжкою формою травми, що обумовлює необхідність підвищеної уваги до процесу діагностики та лікування постраждалих на ранньому госпітальному етапі, визначаючи повною мірою характер та обсяг такої допомоги. Наявність резерву підвищення рівня виживаності пацієнтів обумовлює необхідність та доцільність проведення аналізу надання медичної допомоги постраждалим на зазначеному етапі лікування.

У розділі 5 «Аналіз надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями, які поступають до міської лікарні на ранньому госпітальному етапі» виявлено, що бригадами швидкої медичної допомоги доставлено 89,9 % постраждалих з полісистемними пошкодженнями, 10,1 % постраждалих прибули попутним транспортом, з них – 2,3 % в супроводі медичних працівників. З групи доставлених бригадами швидкої медичної допомоги 25,1 % постраждалих отримали лише знеболюючі засоби, 30,1 % – проведена іммобілізація, 18,2 % було

введено знеболюючі засоби, накладена іммобілізація, під час транспортування проведена інфузійна терапія. У групі доставлених попутним транспортом спостерігалися поодинокі випадки накладення транспортної іммобілізації підручними засобами.

Протягом першої години з моменту отримання травми в лікарню надходять 68,57 % постраждалих з полісистемними пошкодженнями, в період другої години – 19,22 %.

Найбільша виживаність у групі постраждалих, що надійшли до лікарні протягом першої години з моменту отримання травми. Особи, які одужали у цій групі складають 79,17 %, загиблі – 20,83 %. У групах доставлених у період з 2 до 3 години та з 3 до 6 годин виживаність дорівнює летальності. У групах з невідомим часом з моменту отримання травми та в період більше 6 годин з моменту отримання травми летальність перевищує виживаність ($p < 0,05$).

У лікувальному закладі найбільша кількість постраждалих – 48,83 % госпіталізувались у відділення інтенсивної терапії, 26,49 % – спрямовувались безпосередньо до операційного блоку, найменша група (24,68 %) – госпіталізувалась у відділення стаціонару. Рентгенологічне обстеження проводилося всім постраждалим та травмованим. У середньому проводилось $3,75 \pm 0,24$ рентгенологічних досліджень на 1 постраждалого з полісистемним пошкодженням. Більшості постраждалим (45,98 %) рентгенологічне обстеження проводилося в умовах рентгенкабінету, (23,11 %) – в умовах відділення інтенсивної терапії, а (15,58 % та 15,33 % відповідно) – в операційному блоці та відділенні стаціонару. Пункції плевральних порожнин, які при необхідності доповнювались дренажуванням плевральної порожнини, проведено 169 постраждалим, з них 60,36 % виконано у відділенні інтенсивної терапії, 23,66 % у відділенні стаціонару і тільки у 15,98 % в операційному блоці. У 202 постраждалих було проведено пункцію черевної порожнини з постановкою «пошукового катетеру», при цьому 40,59 % виконано у відділенні інтенсивної терапії, 31,19 % в операційному блоці та 28,22 % у відділенні стаціонару.

Особливого значення в організації надання допомоги постраждалим із полісистемними пошкодженнями на ранньому госпітальному етапі набуває час до початку проведення протишокових та діагностичних заходів. Проведений аналіз показав, що проведення протишокових заходів у постраждалих не можна вважати адекватним за часом початку таких заходів. Тільки 5,45 % постраждалим такі заходи розпочато у перші 10 хвилин, а 54,80 % постраждалих отримали допомогу в період 30 – 60 хвилин з моменту поступлення у лікарню, в період 20 – 30 хвилин допомога розпочата 14,55 % постраждалим, 11,94 % – в термін більше, ніж 60 хвилин.

Таким чином, доведено, що сам процес лікування постраждалих в умовах міської лікарні є складним, багатоваріабельним і досить специфічним, а процес надання екстреної медичної допомоги не є адекватним, причини чого мають клініко-організаційний характер. На ефективність надання екстреної медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями на ранньому госпітальному етапі надання екстреної медичної допомоги негативно впливає організаційна та територіальна роз'єднаність місць проведення втручань і неоптимальний за об-

сягом та часом комплекс лікувально-діагностичних заходів. Зазначений процес лікування потребує реорганізації на основі уніфікації та стандартизації.

Розділ 6 «Характеристика оптимізованої моделі надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями». Проведений аналіз лікувально-діагностичних заходів вказує на недоліки в організації медичної допомоги постраждалим з полісистемною травмою, які надходять до міської лікарні.

Викладене вище стало підставою для оптимізації моделі надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міських лікарень з метою підвищення ефективності раннього госпітального етапу.

У процесі дослідження визначено основні принципи та завдання оптимізації моделі надання медичної допомоги, створення умов для підвищення ефективності та функціонування раннього госпітального етапу, а саме:

1. Архітектурна перебудова приймального відділення та травматологічного пункту, створення протишокової палати, зміна маршрутизації постраждалих при поступленні до лікарні, концентрація заходів діагностики та кадрового ресурсу в часі та просторі.

2. Створення та формування умов для функціонування другого госпітального етапу, а саме – наближення компонентів другого етапу до першого етапу, оснащення другого етапу сучасними виробами медичного призначення для надання медичної допомоги постраждалим, створення спеціалізованого структурного підрозділу лікарні для надання спеціалізованої медичної допомоги постраждалим.

3. Створення умов та принципів функціонування третього госпітального етапу, а саме – оснащення етапу сучасним медичним обладнанням, підготовка медичного персоналу для надання допомоги постраждалим з травмою на даному етапі.

4. Створення принципів та умов спадкоємності етапів, зокрема, зміна функціональної структури лікарні в цілому, маючи на увазі, спрямованість роботи лікарні на надання, насамперед, екстреної медичної допомоги, розроблення та впровадження моделі надання медичної допомоги постраждалим з травмами, впровадження системи контролю за ризик орієнтованою методологією.

Для вирішення першого завдання щодо оптимізації раннього госпітального етапу було проведено архітектурну перебудову лікарні, а саме побудовано окреме приміщення, основним завданням якого є забезпечення умов для надання екстреної медичної допомоги постраждалим з тяжкою травмою. При цьому передбачено вільне переміщення постраждалого у просторі (на каталці), доступ медичного персоналу до постраждалого, можливість проведення діагностичних заходів, лікувальних заходів, спрямованих на збереження життя.

Внаслідок територіального наближення компонентів етапу (діагностичного та лікувальних приміщень), їх послідовного розміщення було виключено зайве, а іноді й зустрічне переміщення постраждалих на етапі, що дозволило скоротити час діагностики та лікування. Схеми переміщення постраждалих до та після клініко-організаційного експерименту наведено на рис. 2.

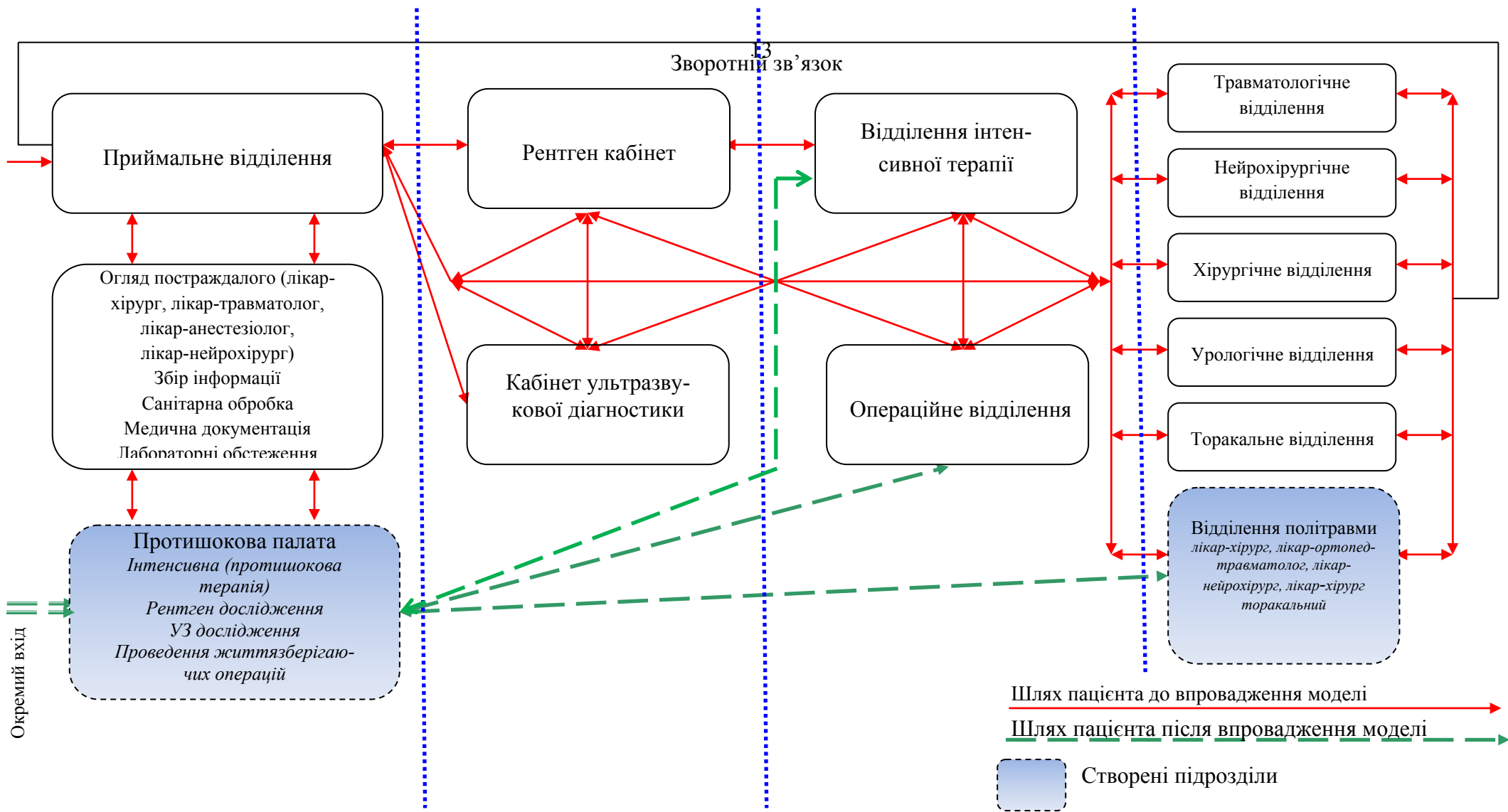


Рис. 2. Оптимізована модель надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні

Для забезпечення надання допомоги щодо збереження життя постраждалого було створено протишокову палату як перший у часі та просторі компонент даного етапу. У протишовковій палаті було забезпечено постійне чергування лікаря-анестезіолога та двох сестер-анестезистів. Палата була оснащена сучасною апаратурою для проведення штучної вентиляції легень, портативним рентгенологічним апаратом, портативним ультразвуковим сканером, засобами функціональної діагностики, дефібрилятором, а також малим операційним набором і стерильною білизною для проведення екстрених життєзберігаючих оперативних втручань.

Поруч з протишовковою палатою розміщено рентгенологічний кабінет з цифровим рентгенологічним апаратом, кабінет ультрасонографічного дослідження. Передбачено приміщення для встановлення комп'ютерного томографа та малий операційний зал, маніпуляційні та процедурні кабінети, що дозволяє завершити та реалізувати протокол надання екстреної медичної допомоги. Також забезпечено переміщення постраждалого до операційного блоку, яке може проходити, як після проходження компонентів даного етапу, так і безпосередньо в операційну в разі крайньої необхідності. У разі необхідності постраждалий може бути спрямований до відділення інтенсивної терапії, що територіально наближено до приймального відділення. На ранньому госпітальному етапі забезпечено цілодобове чергування лікаря відділення політравми, лікаря-нейрохірурга, лікаря-травматолога, лікаря-хірурга, анестезіолога.

Персональну відповідальність за функціонування цього етапу несе лікар відділення політравми, а за ефективно та адекватно проведення процесу надання екстреної медичної допомоги несе відповідальний черговий лікар відділення політравми.

Для вирішення завдань другого госпітального етапу одне з дублюючих травматологічних відділень було реорганізовано у відділення політравми. При цьому забезпечено розташування відділення політравми на першому поверсі лікарні, у безпосередній близькості до приймального відділення. Було забезпечено оснащення відділення функціональними ліжками, ортопедичним обладнанням, обладнанням для обмеженого проведення інтенсивної терапії, апаратами штучної вентиляції легень.

Для реалізації третього принципу в складі відділення політравми було створено палати для проведення елементів відновлювального лікування та підготовки постраждалих для переведення на реабілітаційний етап лікування.

У ці палати переміщалися постраждалі, які вже не потребували хірургічних маніпуляцій, але потребували нагляду хірурга та лікувальних заходів щодо ускладнень травми, зокрема, посттравматичних пневмоній, міокардитів, гепатитів, тощо, а також елементів реабілітаційних заходів при пошкодженнях опорно-рухового апарату. Медичний персонал даних палат пройшов курс стажування з питань реабілітації. Також було забезпечено нагляд цих постраждалих лікарем-терапевтом.

Запропонована організаційна схема містить визначення стану постраждалих за шкалою Trauma Score, маршрути постраждалого, враховуючи реальні можливості та ресурсний стан лікарні та послідовні медичні технології, уникаючи їх дублювання.

Для того, щоб забезпечити ефективне та адекватне функціонування зазначених вище етапів, було проведено реорганізацію лікарні в цілому, а саме: посилені бригади чергування хірургів, нейрохірургів, травматологів, анестезіологів. Забезпечено цілодобове чергування клінічної лабораторії, у тому числі лікаря-лаборанта, а також збільшена кількість чергового допоміжного персоналу.

Для забезпечення спадкоємності етапів було розроблено, сформовано та впроваджено уніфіковану організаційну схему надання медичної допомоги постраждалими з травмами в лікарні, яка наведена на рис. 3.



Рис.3. Уніфікована організаційна схема надання медичної допомоги постражданим з полісистемними пошкодженнями

Для забезпечення контролю були застосовані: 1) механізм обліку постраждалих, 2) супровід медичного персоналу на всьому маршруті, та 3) ризикорієнтована система оцінки результату лікування на кожному етапі в залежності від клініко-нозологічної форми пошкодження та стану тяжкості постраждалого.

Таким чином, узагальнюючи викладене вище, доцільно визначити, що зазначений клініко-організаційний експеримент повністю відповідає тріаді Donabedian (1988 р.), тобто стандартизації та забезпеченню матеріальним та кадровим ресурсом, як базовими компонентами протоколізації надання медичної допомоги та як другим компонентом забезпечення системи контролю.

Проведення структурних змін та реалізація запропонованої оптимізованої моделі надання медичної допомоги постражданим з політравмою призвели до поліпшення результатів лікування.

Виявлено, що після впровадження клініко-організаційного експерименту змінився час початку проведення протишокових та діагностичних заходів.

Так, в основній групі у всіх постраждалих протишокові заходи розпочаті в термін до 20 хвилин, а в контрольній групі – лише 18,71 % випадків, при тому, що в контрольній групі до проведення клініко-організаційного експерименту 69,35 % постраждалих почали отримувати протишокові заходи у термін від 20 до 60 хвилин ($p < 0,05$).

Створення палати протишокової терапії дозволить проводити заходи щодо корекції та підтримання функції життєзабезпечення постраждалого та діагностичних заходів і буде територіально об'єднано та зменшить клінічний результативний ризик пов'язаний із витратами часу на діагностику пошкоджень.

Аналіз даних щодо розподілу масиву постраждалих за ознакою місця проведення пункції плевральних та черевних порожнин показав, що в контрольній групі пункції плевральних порожнин виконано 169 постраждалим (43,90%), а черевних – 202 (52,47%) відповідно. В основній групі пункції плевральних порожнин виконано 108 постраждалим (48,43%), а черевних – 118 хворим (52,91 %). У контрольній групі це проводилось в умовах відділення інтенсивної терапії, в операційній та у відділенні стаціонару, а в основній групі – у протишоковій палаті. Це підвищило виживаємість постраждалих на 8,27 % (з 70,65 % до 78,92 %) та знизило клінічні результативні ризики виникнення летального результату перебігу травматичного процесу з 0,42 до 0,27 ($p < 0,05$).

Таким чином, вирішення завдання підвищення ефективності надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міських лікарень полягає у реалізації комплексного плану заходів, що включає медичне сортування на підставі стандартизованих систем оцінки, диференційовану в клініко-організаційному та медико-технологічному аспектах екстрену медичну допомогу.

ВИСНОВКИ

У роботі реалізовано виконання важливого наукового завдання щодо оптимізації організації процесу лікування постраждалих з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні через розроблення та впровадження оптимізованої моделі надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні, використання якої скорочує терміни надання невідкладної допомоги, оптимізує маршрути пересування постраждалих і базується на взаємодії структурних елементів міської лікарні. Встановлено, що впровадження оптимізованої моделі надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні значно підвищує ефективність надання медичної допомоги та виживаність пацієнтів.

1. Проведений аналіз тенденцій розвитку наукових досліджень, із застосуванням даних світових і вітчизняних джерел наукової та спеціальної інформації, довів недосконалість організації лікування постраждалих з полісистемними пошкодженнями, особливо на ранньому госпітальному етапі, при тому, що наукових досліджень щодо організації лікування постраждалих з полісистемними пошкодженнями в умовах міських багатопрофільних лікарень вкрай недостатньо.

2. Виявлені медико-соціальні особливості постраждалих осіб з полісистемними пошкодженнями, які надходять на лікування до міських лікарень, що характеризуються превалюванням осіб працездатного віку ($69,61 \pm 2,4$ %), переважно чоловічої статі ($73,51 \pm 2,2$ %), а також на механізмами та обставинами виникнення пошкодження, які обумовлюють виникнення високоенергетичних пошкоджень. Основними механізмами травмування є прямий удар ($72,73 \pm 2,3$ %) та падіння ($12,73 \pm 1,7$ %), що виникають при дорожньо-транспортних пригодах ($48,57 \pm 2,0$ %), кримінальній ($20,26 \pm 2,0$ %) та побутовій травмі ($19,22 \pm 2,0$ %). Більшість травм постраждали отримують у вечірній час ($46,5 \pm 2,5$ %) та в осінньо-літній період ($61,56$ %).

3. Визначено, що основні клініко-нозологічні характеристики у постраждалих із полісистемними пошкодженнями, які надходять для лікування до міських лікарень, характеризуються поліваріабельністю та багатокомпонентністю пошкоджень (коефіцієнт поєднання складає 2,4). Найбільш частими та вагомими компонентами пошкодження є скелетна ($71,17 \pm 2,3$ %) та краніальна ($70,13 \pm 2,3$ %) травми, які спостерігаються при пошкодженні двох ($63,38 \pm 2,5$ %) та трьох ($27,79 \pm 2,3$ %) анатомічних ділянок. Пошкодження у $49,87$ % випадків виникають на тлі алкогольного сп'яніння та характеризуються, в переважній більшості, наявністю шоку другого ($31,95$ %) та першого ($27,53$ %) ступеня.

4. Доведено, що надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями на ранньому госпітальному етапі не є адекватним. Лікувальні та діагностичні заходи розрізнені за часом, місцем, характером, якістю та обсягом. Практично у $95,0 \pm 1,1$ % випадків проведення протишокових заходів постраждалим з полісистемними пошкодженнями розпочиналось у період більше 10 хвилин з моменту надходження до закладу охорони здоров'я, що суттєво впливає на результати лікування.

5. Опрацьована уніфікована організаційна схема надання медичної допомоги постраждалими з травмами в лікарні, основу якої становить визначення стану постраждалих за шкалою TraumaScore та вибір заходів і маршрутів для постраждалого, враховуючи реальні можливості та стан лікарні.

6. Визначена об'єктивна необхідність обґрунтування, розроблення та впровадження оптимізованої моделі надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями через перебудову структурних підрозділів лікарні, що надають допомогу постраждалим з пошкодженнями. Запропонована модель заснована на принципах стандартизації, оптимізації медичних заходів і маршрутів пацієнтів у просторі та за часом, можливістю контролю, послідовністю та спадкоємністю медичних технологій уникаючи їх дублювання, що дозволило значно знизити вплив ризикотворюючих факторів на результат перебігу травматичного процесу з $0,42$ до $0,27$.

7. Впровадження оптимізованої моделі дозволило значно підвищити ефективність надання екстреної медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями, які поступають на лікування до міських лікарень та підвищити їх виживаність на $8,27$ % (з $70,65$ % до $78,92$ %) ($p < 0,05$).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати наукового дослідження дозволяють запропонувати для впровадження в практичну діяльність системи охорони здоров'я оптимізовану модель надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями, з метою її вдосконалення. Пропонуються наступні рекомендації та шляхи їх реалізації, які дозволять підвищити ефективність надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міських лікарень.

Міністерству охорони здоров'я України

Розробити комплексну програму організації надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями.

Вищим та середнім медичним навчальним закладам системи МОЗ України

Включити до програми підготовки та перепідготовки фахівців питання щодо організації медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями.

Департаментам охорони здоров'я обласних державних адміністрацій:

1. Впровадити у закладах, що надають медичну допомогу постраждалим з полісистемними пошкодженнями, науково-обґрунтовану оптимізовану модель надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями та уніфіковану організаційну схему надання медичної допомоги постражданими з травмами, які засновані на принципах стандартизації, оптимізації заходів і маршрутів в просторі та за часом, можливістю контролю, послідовністю та спадкоємністю медичних технологій.

2. Вирішити питання забезпечення закладів, що надають медичну допомогу постраждалим з полісистемними пошкодженнями необхідним медичним обладнанням відповідно до запропонованої моделі.

Головним лікарям закладів, що надають медичну допомогу постраждалим з полісистемними пошкодженнями:

1. Проводити лікування постраждалих з полісистемними пошкодженнями за стандартизованою методикою та уніфікованими організаційними схемами надання медичної допомоги.

2. У закладах охорони здоров'я, які надають екстрену медичну допомогу постраждалим з полісистемними пошкодженнями, доцільне розмежування потоків хворих і травмованих.

3. Виділити (а за відсутності, добудувати) окреме приміщення, в якому можливе проведення медичного сортування, діагностичних та лікувальних заходів постраждалим з полісистемними пошкодженнями.

4. Створити протишокову палату з відповідним обладнанням для діагностичних та лікувальних заходів та засобами для проведення екстрених життєзберігаючих оперативних втручань.

5. Організувати постійне навчання медичних працівників, які задіяні у наданні медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями з відпрацюванням різних ситуаційних завдань.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Бондарчук Г. В. Тактичні аспекти надання допомоги постраждалим із політравмою на ранньому госпітальному етапі в умовах міської лікарні /С. О.Гур'єв, Г. В.Бондарчук // Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можаєва. – 2006. – Том 7.–№2. – С.29-32. *(автор взяв участь у розробці концепції дослідження, написанні статті).*

2. Бондарчук Г. В. Хирургическая концепция лечения множественных и сочетанных переломов костей конечностей/[Н. И.Березка, А. А.Коструб, Г. В.Бондарчук и др.]//Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2011. – №4(71). – С.55-58. *(авторомпроведено збір літературних джерел та їх аналіз, взято участь у оформленні статті)*

3. Бондарчук Г. В. Оксигенація артеріальної крові при політравмі та у наркозах / [Г. В.Бондарчук, С. І.Герасіменко, М. В.Кочетова та інші.]// Шпитальна хірургія. – 2009. – №2. – С.52-53. *(автороморганізовано і проведено збір матеріалу, його обробку).*

4. Бондарчук Г. В. Профілактика жирової емболії у постраждалих з тяжкою травмою/ [В. О.Литовченко, М. І.Березка, Є. В.Гарячий, Г. В.Бондарчук]//Ортопедия, травматология и протезирование. – 2012. –№2(587). – С. 84-87. *(авторомздійснено постановку проблеми, проведено аналіз літератури та оформлено статтю).*

5. Бондарчук Г. В. Політравма у літніх людей / [Г. Г.Рошнін, С. О.Гур'єв, В. Ю.Кузьмін та інші]. – Вінниця, 2008. – 205с. *(автором проведено збір літературних джерел та їх аналіз, взято участь у оформленні публікації).*

6. Бондарчук Г. В. Поєднана торако-абдомінальна травма. Клініко-організаційні засади лікування постраждалих на ранньому госпітальному етапі надання медичної допомоги // [С. О.Гур'єв, Г. В.Бондарчук, М. І.Покидько та інші].– Вінниця, 2007. – 147с. *(авторомпроведено аналіз літератури, визначено проблеми).*

7. Бондарчук Г. В. Полісистемні травматичні пошкодження:організація допомоги постраждалим на ранньому госпітальному етапі в умовах міської лікарні швидкої допомоги / Г. В.Бондарчук // Український журнал екстремальної медицини імені Г. О.Можаєва. – 2009. – Том 1.–№1. – С.42-44.

8. Бондарчук Г. В. Організація надання екстреної медичної допомоги на етапі реформування / О. М.Люлько, Г. В.Бондарчук, С. Б.Медушевський // Актуальні проблеми транспортної медицини. – 2013. –№3 (33). – С.116-118. *(автором проведено збір експериментального матеріалу, взято участь у обробці матеріалів дослідження, написанні висновків).*

Опубліковані праці апробаційного характеру:

9. Бондарчук Г. В. Проблемні питання діагностики та лікування хворих з поєднаною черепно-мозговою травмою / [Г. В.Бондарчук, М. М.Цюпій,

М. І.Піонтківський и др.]//BiomedicalandBiosocialAnthropology. – 2005. – №4. – Матеріали Української науково-практичної конференції «Актуальні проблеми діагностики і лікування полісистемних травматичних ушкоджень», м. Вінниця, 22-23 вересня 2005 р. – С.95-97. (авторомздійснено постановку проблеми, збір матеріалу, його обробку).

10. Бондарчук Г. В. Вибір тактики лікування при пошкодженнях печінки та позапечінкових шляхів при закритій травмі живота/ Г. В.Бондарчук, М. І.Покидько // Харківська хірургічна школа. –Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні питання невідкладної хірургії. – 2009. – № 1- 2. –С.79–81. (авторомрозроблено програму дослідження, організовано і проведено збір матеріалу, його обробку).

11. Бондарчук Г. В. Оптимизация помощи пострадавшим с сочетанной травмой на раннем госпитальном этапе / Г. В.Бондарчук, М. І.Покидько //Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «75 лет кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ РГМУ». – Москва. – 10–11 октября 2008 г. – С.337. (авторомвиконано збір, аналіз, систематизацію матеріалу).

12. Бондарчук Г. В. Черепно-мозговая травма, сочетанная с повреждением органов брюшной полости. Особенности течения и интенсивная терапия на фоне алкогольной интоксикации/ [Г. В.Бондарчук, А. А. Цигалко, А. И.Дацюк и др.] //BiomedicalandBiosocialAnthropology. – 2005. – №4. –Матеріали Української науково-практичної конференції «Актуальні проблеми діагностики і лікування полі системних травматичних ушкоджень», м. Вінниця, 22–23 вересня 2005 р. – С.94-95. (автором організовано і проведено збір матеріалу, проаналізовано результати).

13. Бондарчук Г. В. Організація допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні // [В. О.Фіщенко, Г. В.Бондарчук, С. О.Гур'єв, В. І.Кириченко] // BiomedicalandBiosocialAnthropology. – 2005. – №4. – Матеріали Української науково-практичної конференції «Актуальні проблеми діагностики і лікування полісистемних травматичних ушкоджень», м.Вінниця, 22-23 вересня 2005 р. – С.106-108. (авторомпроаналізовано результати дослідження, сформульовано висновки).

14. Бондарчук Г. В. Удосконалення організації надання медичної допомоги постраждалим з поєднаною травмою/Г. В.Бондарчук// Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції «Наука і практика в сучасному світі: актуальні проблеми та тенденції розвитку». – Київ, 18 грудня 2013 р. –С.5–7.

15. Бондарчук Г. В. Організація допомоги постраждалим на ранньому госпітальному етапі /Г. В.Бондарчук // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Роль та місце медицини у забезпеченні здоров'я людини у сучасному суспільстві». – Одеса, 27 грудня 2013 р. –С.31–32.

16. Бондарчук Г. В. Проблемні питання організації медичної допомоги постраждалим в умовах не «центрів травми» /Г. В.Бондарчук //Український вісник психоневрології. – 2013. – Том 21, випуск 2(75), додаток. – Матеріали Науково-практичної конференції за участю міжнародних спеціалістів «Слобожанські читання. Медичне та фармацевтичне право України: інновації, якість, безпека і перспективи розвитку», 15-16 листопада 2013 р., м.Харків. – С.237-238.

Опубліковані праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

17. Бондарчук Г. В. Оксигенація артеріальної крові при політравмі та у наркозах / [Г. В. Бондарчук, М. І. Покидько, Г. А. Цигалко, С. І. Герасіменко] // Шпитальна хірургія. – 2010. – № 4 (52). – С. 79 - 80. (*автором взято участь у аналізі літературних джерел, написанні статті*).

АНОТАЦІЯ

Бондарчук Г. В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації моделі надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – «соціальна медицина». - Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків, 2015.

У дисертації було реалізовано виконання важливого наукового завдання щодо оптимізації організації процесу лікування постраждалих з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні на моделі натурного типу, яка була сформована із дотриманням критеріїв типовості та обсягу дослідження.

Проведено аналіз надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями та визначено причини виникнення летального результату перебігу травматичного процесу, визначені та оцінені ризики його виникнення, які пов'язані з клініко-епідеміологічними, клініко-нозологічними та клініко-організаційними факторами. Сформовано оптимізовану модель надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями в умовах міської лікарні та уніфіковану організаційну схему надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями.

Реалізація запропонованої оптимізованої моделі надання медичної допомоги постраждалим з полісистемними пошкодженнями та положень клініко-організаційного експерименту дозволяє підвищити виживаність постраждалих на 8,27 % (з 70,65 % до 78,92 % ($p < 0,05$)) та знизити клінічні результативні ризики виникнення летального результату перебігу травматичного процесу з 0,42 до 0,27 за рахунок оптимізації прийняття та підвищення реалізації клініко-організаційних рішень у поєднанні з адекватним та раціональним застосуванням медичних технологій.

Ключові слова: полісистемні пошкодження, оптимізована модель надання медичної допомоги, ризики виникнення летального результату.

АННОТАЦИЯ

Бондарчук Г.В. Медико-социальное обоснование оптимизации модели оказания медицинской помощи пострадавшим с полисистемными поврежде-

ниями. Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – «социальная медицина». - Харьковський національний медичинський університет, Харків, 2015.

В диссертации было реализовано выполнение важного научного задания по оптимизации организации процесса лечения пострадавших с полисистемными поражениями в условиях городской больницы на модели натурального типа, которая была сформирована с учетом критериев типичности и объема исследования.

Был проведен анализ оказания медицинской помощи пострадавшим с полисистемными поражениями и определены причины возникновения летального результата течения травматического процесса, определены и оценены риски его возникновения, которые связаны с клинико-эпидемиологическими, клинико-нозологическими и клинико-организационными факторами. Была создана оптимизированная модель оказания медицинской помощи пострадавшим с полисистемными повреждениями в условиях городской больницы, которая на первом этапе предусматривает создание противошоковой палаты, оснащенной запасом медикаментов и всем необходимым оборудованием для проведения противошоковых мероприятий, диагностики жизнеугрожающих повреждений, проведения экстренных операций. Также разработана и внедрена унифицированная организационная схема оказания медицинской помощи пострадавшим с полисистемными повреждениями.

Реализацией компонентов первого этапа создала условия для начала противошоковых и диагностических мероприятий непосредственно сразу после поступления пострадавшего в приемное отделение (противошоковую палату), до создания модели помощь пострадавшим начиналась в 81% не ранее 20 минуты.

Для решения задач второго госпитального этапа одно из дублирующих отделений травматологии реорганизовано в отделение политравмы обеспечивающее наблюдение пациентов всеми необходимыми специалистами.

Кроме этого проведена подготовка работы врачебного, среднего и младшего медицинского персонала в условиях оптимизированной модели оказания медицинской помощи пострадавшим с полисистемными повреждениями.

Реализация предложенной модели оказания медицинской помощи пострадавшим с полисистемными повреждениями и принципов клинико-организационного эксперимента позволяет повысить выживаемость пострадавших на 8,27% (с 70,65% до 78,92%($p < 0,05$)) и снизить клинические результативные риски возникновения летального результата протекания травматического процесса с 0,42 до 0,27 за счет оптимизации принятия и повышения реализации клинико-организационных решений совместно с адекватным и рациональным использованием медицинских технологий.

Ключевые слова: полисистемные повреждения, оптимизированная модель оказания медицинской помощи, риски возникновения летального результата.

ABSTRACT

Bondarchuk G.V. Medical and social substantiation of optimizing the model of providing medical aid to hurt with poly-system injuries in conditions of urban hospital. – Manuscript.

This is on obtaining academic degree of Candidate of Medical Science by specialty 14.02.03 – “social medicine”. – Kharkiv national medical university of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, 2015.

In the dissertation was realised the important scientific task of optimization of the treatment process of affected with poly-system injuries in conditions of urban hospital on model of full-scale type that was formed in compliance with criteria of typical nature and research volume was held. Analysis of providing medical aid of affected with poly-system injuries was performed and reasons of rising of lethal result of trauma process course was defined, risks of its origin related to clinic-epidemiological, clinic-nosological and clinic-organizational factors were defined and estimated. Model of optimization of provision medical aid in conditions of urban hospital to affected with poly-system injuries and unified organizational scheme to provide medical assistance to the suffered of multisystem injuries were formed.

The implementation of the offered optimized model of providing medical aid to hurt with poly-system injuries and clauses of clinic-organizational experiment allows to increase survival rate of hurt to 8,27% (from 70,65% to 78,92% ($p < 0,05$)) and lower clinical terminative risks of origin lethal result of trauma process course from 0,42 to 0,27 due to optimizing taking and increasing implementation of clinic-organizational decisions coupled with adequate and rational application of medical technologies.

Keywords: poly-system injuries, optimized model of providing medical aid, risks of origin lethal result.

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ED (emergencydepartment) – відділення невідкладних станів;
ISS (InjurySeverityScore) – шкала ступенів тяжкості травми;
TS (TraumaScore) – шкала тяжкості травми;
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я;
ВІТ – відділення реанімації та інтенсивної терапії;
ДТП – дорожньо-транспортні пригоди;
ДЗ – державний заклад;
ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України» – Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
ЗТГК – закрита травма грудної клітки;
МКЛШМД – міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги;
КТ – комп'ютерна томографія;
РГЕ – ранній госпітальний етап
ПВР – показник відносного ризику;
ПСП – полісистемні пошкодження;
ПШП – протишокова палата;
ГЕЛ – госпітальний етап лікування;
СЕЛ – стаціонарний етап лікування;
ЧМТ – черепно-мозкова травма.