

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

Б.В. Андреев, Г.А. Пальшин, Т.С. Федоров,
К.Н. Потапова, О.А. Чирикова, В.Б. Андреев

О МЕРАХ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

УДК 616-001(571.56)

Травматизм является одной из важнейших медико-социальных проблем современности. В рамках реализации Национального проекта «Здоровье» и Программы модернизации здравоохранения Российской Федерации рассматриваются вопросы создания межрайонных травматологических центров I, II, III уровней на территории Республики Саха (Якутия).

В первую очередь необходимо создать травмоцентры I уровня на базе Республиканской больницы №2-Центра экстренной медицинской помощи, Республиканской больницы №1-Национального центра медицины и II уровня в г. Мирный, Нерюнгри, Нюрба, с. Майя. В травматологический центр I уровня будут госпитализироваться пострадавшие с травмами любой степени тяжести и локализации, доставленные с места ДТП, перевозимые из травматологических центров II, III уровней, а также больные для этапного хирургического лечения последствий травм, полученных в ДТП.

Ключевые слова: травматизм, травматологический центр I–III уровня, дорожно-транспортное происшествие, догоспитальный и госпитальный этапы медицинской помощи, Республика Саха (Якутия).

Injuries are a major health and social problems of our time, for most countries of the world.

It's necessary to open Trauma centers, equipped according to the standards of trauma care to reduce mortality from injuries.

A key issue for the development of a specialized trauma care is the development of a network of Trauma centers from level III to I, the timely re-equipment, modernization of medical equipment, developing new modern high-tech diagnostic technologies.

On the basis of the national project "Health" and Modernization of the health of the Russian Federation, the issues of creating trauma centers I, II, III levels in the Republic of Sakha (Yakutia) were considered.

First, it is necessary to organize Trauma centers I level on the bases of Republican Hospital № 2-Center of Emergency Medical Services, Republican Hospital № 1 - National Medical Center and Trauma centers II level are created in Mirny, Neryungri, Nyurba, Maya. In Trauma center of level I are hospitalized victims with combined injuries, including supplies from a place of road accident with injuries of any severity and localization, the victims are transported from Trauma centers II, III levels, and patients for the staging of surgical treatment of consequences of injuries received in accident.

Keywords: trauma, Trauma Center I–III level, traffic accident, pre-hospital and hospital phase of care, Republic of Sakha (Yakutia).

Травматизм в связи с его повсеместным ростом и тяжелыми последствиями является приоритетной проблемой здравоохранения, требующей неотлагательного решения [8, 9].

Ежегодно в мире от различных травм погибает около 1,5 млн. чел. [7]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в европейском регионе ежегодно происходит около 80 млн. несчастных случаев. Количество травм здесь в среднем составляет почти 2200 в день, или 90 в час. На каждый случай смерти от травм приходятся примерно 30 госпитализаций и 300 обращений за получением амбулаторного лечения [18].

Ежегодно в ДТП погибают 1,3 млн. чел. в мире, получают травмы 20–50 млн. чел., из них в странах Европейского Совета – 75 тыс. чел. и 3 млн. соответственно [21]. Около 90% всех аварий приходится на страны с низким и средним уровнем дохода, хотя там зарегистрировано всего 48% транспортных средств от общего количества автомобилей в мире. Как отмечается в докладе ВОЗ [20], чем ниже уровень жизни в стране, тем выше показатель смертности в ДТП.

В России только в ДТП ежегодно травмируется более 300 тыс. чел., из которых более 30 тыс. погибает. При этом число погибших в нашей стране на порядок выше, чем в Японии или Великобритании. По приведенным на коллегии Минздравсоцразвития России данным, ежегодные экономические потери от травм достигают 2,6% от ВВП [7].

В структуре травм особое место занимают сочетанные повреждения, которые в настоящее время являются одной из трех основных причин смертности населения, причем у людей в возрасте до 40 лет эта причина выходит на первое место [1, 3, 10, 11].

Проблема травматизма имеет осо-

бую социальную значимость в Российской Федерации вследствие высокой инвалидизации пострадавших – до 25–45% [12, 14]. Инвалидность, вызванная последствиями повреждений, занимает третье место в РФ, при этом отмечается ее ежегодный прирост на 10% [15, 19]. Для травматизма также характерны длительные сроки временной нетрудоспособности больных. По причине травм и различной патологии опорно-двигательного аппарата в стране ежегодно не участвуют в трудовой деятельности свыше 6 млн. чел. [18].

Среди населения Республики Саха (Якутия) ежегодно отмечается рост травматизма: если в 2006 г. зарегистрировано всего больных с травмами и отравлениями 107,6 на 1000 населения (РФ – 86,8; ДВФО – 92,2), то в 2010 г. – 110,6 (РФ в 2009 г. – 86,6; ДВФО – 94,0) [2, 16].

При общей численности населения 949,3 тыс. чел. на начало 2010 г. всеми лечебно-профилактическими учреждениями РС (Я) в течение 2010 г. зарегистрировано 105037 различных по характеру и локализации травм, что на 0,7% больше, чем в 2009 г. (104341) [2].

АНДРЕЕВ Борис Витальевич – к.м.н., гл. врач РБ №2-ЦЭМП, 1015kapital@mail.ru; **ПАЛЬШИН Геннадий Анатольевич** – д.м.н., проф., зам. директора Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, palgasv@mail.ru; **ФЕДОРОВ Тимур Станиславович** – ст. преподаватель МИ СВФУ, tisfe@mail.ru; **ПОТАПОВА Капиталина Никитична** – зав. отделом РБ №2-ЦЭМП, 1015kapital@mail.ru; **ЧИРИКОВА Ольга Анатольевна** – врач методист отдела РБ №2-ЦЭМП, 1015kapital@mail.ru; **АНДРЕЕВ Виталий Борисович** – студент 6 курса МИ СВФУ.

В структуре травм, как и в предыдущие годы, в 2010 г. ведущее место занимают поверхностные травмы и открытые раны (46,2%), второе – вывихи и растяжения (11,2%), третье место – переломы костей верхних конечностей (8,7%). Показатель травматизма среди детей (0-17 лет) увеличился на 8,5% и составил 107,2% [2].

В 2010 г. у взрослого населения показатель травматизма по республике в сравнении с 2009 г. снизился на 1,7%, при этом наиболее уменьшились показатели по переломам позвоночника и костей туловища (на 4,4%). Подавляющее число травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин среди взрослого населения приходится на несчастные случаи, не связанные с производственной деятельностью (95,9%). У детей преобладают бытовые и уличные травмы (90,9%) [2].

Среди пострадавших мужчины получали травматические повреждения в 60,2% случаев, мальчики – 62,7%. Показатель травматизма у мужчин составил 141,9 на 1000 населения (в 2009 г. в РС (Я) – 145,3; РФ – 112,9), у женщин – 84,8 (в 2009 г. в РС (Я) – 85,2; РФ – 67,8), т.е. мужчины получали повреждения в 1,7 раза чаще, чем женщины. Показатель травматизма мальчиков составил 131,6 на 1000 населения (2009 г. – 121,0), девочек – 81,7 (2009 г. – 75,6). Таким образом, мальчики получали повреждения в 1,6 раза чаще, чем девочки.

В показателях общественного здоровья республики смертность от травм и отравлений занимает стабильно второе место после смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (2000-2010 гг.) [2].

Дорожно-транспортные происшествия являются одной из самых значимых причин смертности и инвалидизации населения РФ и РС (Я). Только по официальным данным Управления государственной инспекции безопасности дорожного движения МВД Российской Федерации, за 2011 г. в нашей стране произошло 199 868 дорожно-транспортных происшествий, в результате которых 251 848 чел. получили повреждения различной степени тяжести, 27 953 – погибли [17, 5].

Демографический ущерб от дорожно-транспортных происшествий и их последствий за 2004-2010 гг. в Российской Федерации составил 506 246 чел. Размер социально-экономического ущерба в Российской Федерации от последствий дорожно-транспортных происшествий и их последствий

за 2004-2010 гг. оценивается в 7326,3 млрд. руб. [6].

Ежегодно в Республике Саха (Якутия) совершаются около 1000 дорожно-транспортных происшествий, в которых погибают до 180 чел. (2010 г. – 119, 2011 г. – 157), получают увечья различной степени тяжести до 1500 чел. Коэффициент смертности от дорожно-транспортных происшествий по Республике Саха (Якутия) составил в 2010 г. 12,4 на 100 000 населения (РФ – 18,6), в 2011 г. – 16,4 (РФ – 19,5) [13].

По данным Управления государственной инспекции безопасности дорожного движения МВД по Республике Саха (Якутия), за период с 2009 по 2011 г. в Республике Саха (Якутия) произошло 2843 дорожно-транспортных происшествия, в которых погибли 405 и получили ранения различной степени тяжести 3517 чел. [13].

Прогнозы развития транспорта показывают увеличение количества транспортных средств, что повышает вероятность ДТП и создает проблемы при организации медицинской помощи пострадавшим. Наряду с этим, причинами роста количества транспортных несчастных случаев и повышения степени тяжести травм при них могут быть и иные факторы, в том числе человеческий. Например, в России основными причинами ДТП являются массовое пренебрежение участниками дорожного движения правил дорожного движения; недостаточная профессиональная подготовка и недисциплинированность водителей транспортных средств; несовершенство системы управления и недостатки технического обеспечения безопасности дорожного движения; отставание развития дорожной инфраструктуры от среднегодового прироста автомобильного парка; неудовлетворительное техническое состояние автомобильных дорог и подвижного состава; недостаточный уровень активной, пассивной и поставарийной безопасности выпускаемых в стране транспортных средств.

Сложная обстановка, связанная с безопасностью дорожного движения, во многом определяется постоянно возрастающей мобильностью населения при имеющемся перераспределении перевозок от общественного транспорта к личному, увеличивающейся диспропорцией между приростом числа автомобилей и протяженностью улично-дорожной сети, не рассчитанной на современные транспортные потоки. Существующая дорожно-транспортная инфраструктура в городах соответствует уровню 60-100 автомобилей

на 1 тыс. жителей, в то время как современный уровень обеспечения автомобилями в г. Якутске уже превысил 200 автомобилей на 1 тыс. жителей [13].

Ввиду неожиданности возникновения ДТП при оказании медицинской помощи нередко возникает ситуация несоответствия сил и средств здравоохранения с реальными потребностями. Это несоответствие усугубляется недостаточной материально-технической и лекарственной обеспеченностью нынешнего отечественного здравоохранения.

Трудности организации и оказания медицинской помощи в дорожных происшествиях, особенно с массовым числом пострадавших, их неизученность требуют самого тщательного анализа каждого случая. Для решения проблем организации эффективной медицинской помощи, оперативного и целенаправленного распоряжения ресурсами здравоохранения необходимы быстрый сбор и анализ поступающей информации.

Организационные и клинические вопросы медицинского обеспечения пострадавших в ДТП, безусловно, актуальны не только для медицины катастроф, так как проблема дорожно-транспортного травматизма определяет одно из существенных направлений повседневной деятельности территориальных и особенно местных центров медицины катастроф. Возросли требования к догоспитальному медицинскому обеспечению пострадавших в ДТП. Реализация этого направления на практике невозможна вне использования качественно нового подхода к подготовке специалистов, оказывающих экстренную медицинскую помощь в чрезвычайных ситуациях.

Рациональная организация экстренной медицинской помощи пострадавшим в ДТП возможна лишь в рамках системы, связывающей догоспитальное и стационарное звенья в единое целое. Такая организация лечебного процесса, учитывающая специфику существующей структуры государственного здравоохранения, позволяет оказать медицинскую помощь оптимального объема и качества каждому конкретному пострадавшему в ДТП. Для этого необходимо осуществить переход от принципа «медицинский работник – пациент» к принципу, принятому в медицине катастроф: «медицинский работник – контингент пострадавших». В указанном аспекте необходимостью является выработка критериев эффективности медицин-

ского обеспечения на догоспитальном периоде, базирующихся на комплексном анализе течения посттравматического периода, особенно «золотого часа» и первых двух суток пребывания больного в стационаре.

Проблема эффективного медицинского обеспечения пострадавших в ДТП сохраняет свою актуальность уже не одно десятилетие. Во многом это связано с высокой распространенностью и тяжестью дорожно-транспортной травмы. Принимаемые меры по снижению дорожно-транспортного травматизма в России дают надежды на уменьшение тяжести их последствий. В 1995 г. Государственной Думой был принят Федеральный закон «О безопасности дорожного движения». В 1998 г. в соответствии с этим законом разработана и принята Федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения». Аналогичные программы приняты на территориальном и местном уровнях органов исполнительной власти. Существуют правительственные и территориальные комиссии по обеспечению безопасности дорожного движения. В то же время, как показывает практика, принимаемые меры не приносят существенных результатов, что говорит о необходимости дальнейшего исследования и научного обоснования, в том числе на территориальном и местном уровнях, программ по повышению безопасности дорожного движения. Для выполнения этой актуальной задачи следует провести не только анализ причин возникновения ДТП, но и определить слабые звенья в организации медицинского обеспечения пострадавших.

Далее мы рассмотрим проект «Обеспечение оказания своевременной высококачественной медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях» в условиях Республики Саха (Якутия).

Центр экстренной медицинской помощи является головным медицинским учреждением по оказанию высококвалифицированной экстренной медицинской помощи населению республики, в том числе по линии санитарной авиации. Мощность больницы – 500 коек (из них 370 хирургических коек), 100 обращений в приемно-диагностическое отделение в сутки (из них 2-3 по дорожно-транспортным происшествиям), 22 операции в сутки; охват населения – 950 тыс. чел. в год.

По данным Якутского республиканского медицинского информационно-аналитического центра Минздрава

РС(Я), обеспеченность врачами травматологами-ортопедами по РС (Я) составила в 2010 г. 0,9 на 10 000 населения. В республике функционируют 225 травматологических коек, из них 90 коек развернуты в г. Якутске. Обеспеченность населения республики в 2010 г. взрослыми койками составила 2,5 на 10 000 населения, детскими – 1,2 и ортопедическими койками для взрослых – 0,3, что ниже среднероссийских показателей [4].

Оказание медицинской помощи при ДТП проводится поэтапно. Своевременную первую помощь на месте происшествия должны оказать окружающие люди, работники ГИБДД и скорая медицинская помощь. Необходимо обучить население азам первой медицинской помощи. Работников ГИБДД следует обучать как парамедиков во всех развитых странах, т.е. по 114 ч (трахеостомия, интубация, прижатие поврежденной артерии, давящие повязки, наложение фиксации на сломанные конечности и т.п.). Для этого можно привлечь Центр медицины катастроф, скорую медицинскую помощь, районное здравоохранение. На уровне МВД республики нужно поставить вопрос оснащения автомашин ГИБДД комплектами оказания первой медицинской помощи. Также целесообразно внедрение углубленных вопросов медицинского характера при сдаче экзаменов на получение водительских прав.

В случаях возникновения ДТП в отдаленных местностях, особенно в районах Крайнего Севера с их климатогеографическими особенностями и отдаленностью друг от друга населенных пунктов, вопрос эффективности и оперативности оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим чрезвычайно актуален. Общеизвестно, что 30% пострадавших при различных авариях и катастрофах погибают от несвоевременного оказания первой и квалифицированной медицинской помощи, немотивированного удлинения фазы изоляции (понятие «золотого часа» в медицине). Продление оказания специализированной медицинской помощи увеличивает процент инвалидизации, удлиняет процесс выздоровления и восстановления.

В настоящее время в разработке здравоохранения республики находится открытие «трассовых» медицинских пунктов вдоль дорог федерального и республиканского значения на базе существующих лечебных учреждений, оснащенных современным медицинским оборудованием и санитарным

автотранспортом. На новый уровень выходит обучение медицинского персонала, оказывающего скорую и экстренную медицинскую помощь.

Одним из важнейших вопросов по развитию специализированной травматологической службы является развитие сети травматологических центров от III до I уровня.

Снижению смертности от травм будут способствовать приближение специализированной медицинской помощи путем открытия межрайонных травматологических центров, кроме того, оснащение отделений травматологии согласно стандартам оказания травматологической помощи.

Травматологические центры III уровня создаются на базах центральных районных больниц, имеющих хирургическое отделение, а также отделение анестезиологии и реаниматологии или палату интенсивной терапии, с выделением травматологических коек, на которых работают врачи травматологи.

Травматологические центры II уровня создаются на базах центральных районных больниц, выполняющих функции межрайонных больниц, имеющих основные профильные отделения (отделение травматологии, анестезиологии и реаниматологии), за исключением отделения сочетанной травмы, а также основных профильных специалистов.

Травматологические центры I уровня – это подразделения медицинской организации в структуре республиканской, краевой (областной) больницы, больницы скорой медицинской помощи или другой многопрофильной больницы, обеспечивающие организацию и оказание всего спектра медицинской помощи на госпитальном этапе пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоками, их осложнениями и последствиями.

В травматологический центр I уровня госпитализируются пострадавшие с травмами любой степени тяжести и локализации, доставленные с места ДТП, перевозимые из травматологических центров II, III уровней, а также больные для этапного хирургического лечения последствий травм, полученных в ДТП.

В республике необходимо открытие травматологических центров:

III уровня – на базах ЦРБ: Сунтарской, Верхневилуйской, Вилуйской, Таттинской; УБ: Илбенге, Магарас, Тюнгюлю, Качикатцы, Нижний Бестях; ФАП: Улу и Кююме.

II уровня – на базах Мирнинской, Нерюнгринской, Алданской, Нюрбинской, Горная, Мегино-Кангаласской, Чурапчинской, Оймяконской, Томпонской центральных районных больниц;

I уровня – на базах РБ №2-ЦЭМП, РБ №1-НЦМ.

Для оказания догоспитальной (первой) медицинской помощи необходимо организовать: подготовку и переподготовку медицинских кадров, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим на месте травмы и при их транспортировке, укомплектование необходимым санитарным автотранспортом (реанимобили класса «В» в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 01.12.2005 г. №752 «Об оснащении санитарного транспорта»), медицинским оборудованием (включает приобретение КТ, МРТ, аппараты ИВЛ, наркозно-дыхательные аппараты и т.д.), расходным материалом и лекарственными средствами.

Для оказания госпитальной помощи пострадавшим и пациентам необходимо обеспечить подготовку и переподготовку медицинских кадров, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим с травмой в стационаре, укомплектование санитарным автотранспортом (реанимобили класса «В» и «С» в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 01.12.2005 г. №752 «Об оснащении санитарного транспорта»), медицинским оборудованием, расходным материалом и лекарственными средствами структурные подразделения травматологических центров, внедрить стандарты оказания медицинской помощи пострадавшим с травмой в условиях травматологических центров различного уровня.

Необходимо обеспечить травматологические центры II и III уровней квалифицированными кадрами вспомогательных диагностических служб: врачами рентгенологами, УЗ-диагностики, КТ, лаборантами с необходимым техническим обеспечением.

Для функционирования травматологического центра I уровня на базе ГБУ РС (Я) «Республиканская больница №2-Центр экстренной медицинской помощи» необходимы: увеличение штатных единиц на 284,75, из них врачей – на 71,25; среднего медицинского персонала – на 108,75; младшего медицинского персонала – на 103,00; прочих – на 1,75; внедрение передовых медицинских технологий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными трав-

мами, сопровождающимися шоком, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15.10.2009 г. №991н; специализированные кадры для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам и пострадавшим при ДТП.

Предлагаемые мероприятия по организации медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в полном объеме реализуются при включении в федеральную целевую программу «Повышение безопасности дорожного движения в 2013-2020 гг.» или при программно-целевом методе финансирования из бюджета субъекта РФ.

Выводы:

1. Необходимо создать травмоцентры в Республике Саха (Якутия) поэтапно по мере финансирования в рамках Национального проекта «Здоровье» и Программы модернизации здравоохранения, также других целевых программ.

2. В первую очередь открыть травмоцентры I уровня на базе Республиканской больницы №2-Центра экстренной медицинской помощи, Республиканской больницы №1-Национального центра медицины и травмоцентры II уровня в гг. Мирный, Нерюнгри, Нюрба, с. Майя.

3. Совместить создание трассовых медицинских пунктов вдоль федеральных дорог с травмоцентрами II и III уровней как дополняющих друг друга структур здравоохранения без дублирования функций.

4. В корне пересмотреть штатное расписание травмоцентров согласно порядку оказания медицинской помощи на основании приказа Минздравсоцразвития России от 15.10.2009 г. №991н.

5. С 2013 г. начать внедрение стандартов по травмам.

6. Отдельно рассмотреть вопрос развития санитарной авиации региона как способ маршрутизации больных с травмами.

Литература

1. Анкин Л.Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы) / Л.Н. Анкин. – М.: Медицина, 2004. – 206 с.

Ankin L.N. Multiple injuries (organizational, tactical and methodological issues) / L.N. Ankin. – M.: Medicine, 2004. – 206 p.

2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Саха (Якутия) в 2010 году / Гос. учреждение Якут. респ. мед. инф.-аналит. центр МЗ РС(Я). – Якутск: ГУ ЯР-МИАЦ, 2011. – 144 с.

State report on the state of health of the

Republic of Sakha (Yakutia) in 2010 / Yakutsk State Establishment Republican Medical Information-Analytical Center. – Yakutsk, State YARMIATS, 2011. – 144 p.

3. Гуманенко Е.К. Политравма. Актуальные проблемы и новые технологии в лечении / Е.К. Гуманенко // Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени: материалы международной конференции. – СПб., 2006. – С. 4-14.

3. Gumanenko E.K. Multiple injuries. Topical issues and new technologies in the treatment / E.K. Gumanenko // New technologies in military surgery and surgery of injuries in peacetime of the International Conference. – St., 2006. – P. 4-14.

4. Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения Республики Саха (Якутия) за 2008-2010 гг. (статистический сборник) / Гос. учреждение Якут. респ. мед. инф.-аналит. центр МЗ РС(Я). – Якутск, 2011. – 279 с.

The activities and resources of Health of the Republic of Sakha (Yakutia) for 2008-2010. (data book) / State Institution Yakut republican medical information-analytical center of the MH (Yakutia) – Yakutsk, 2011. – 279 p.

5. Дорожно-транспортное происшествие (материал из Википедии). Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki/> (дата обращения 12.03.2013).

Road accident (From Wikipedia). Access mode: <http://ru.wikipedia.org/wiki/> (date accessed 12/03/2013).

6. Концепция Федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2013-2020 годах». – 35 с.

The concept of the federal target program «Improving road safety in the years 2013-2020». – 35 p.

7. Лихтерман Б. Черепно-мозговая травма. Что делать? / Б. Лихтерман // Медицинская газета. – 2009. – № 11.

Likhterman B. Head injury. What to do? // Medical newspaper. – 2009. – № 11.

8. Миронов С.П. Состояние травматолого-ортопедической помощи населению Российской Федерации / С.П. Миронов, Е.П. Какорина, Т.М. Андреева, Е.В. Огрызко // Вестник травматологии и ортопедии. – 2007. – №3. – С.3–10.

Mironov S.P., Kakorina E.P., T. Andreeva, Ogryzko E.V. State of trauma and orthopedic care to the population of the Russian Federation // Journal of Trauma and Orthopedics. – 2007. – № 3. – P. 3-10

9. Мильникова Л.А. Актуальность профилактики травматизма в Российской Федерации. Возможные решения / Л.А. Мильникова // Скорая медицинская помощь. – 2009. – №2. – С. 4–7.

Mylnikova L.A. Relevance of injury prevention in the Russian Federation. Possible solutions // Ambulance. – 2009. – № 2. – S. 4-7.

10. Основные принципы диагностики и лечения тяжелой сочетанной травмы / С.Ф. Багненко, А.С. Ермолов, В.В. Стожаров, А.Е. Чикин // Скорая медицинская помощь. – 2008. – № 3. – С. 3-7.

Basic principles of diagnosis and treatment of severe combined trauma / S.F. Bagnenko, A.S. Yermolov, V.V. Stazharau, A.E. Chikin // Ambulance. – 2008. – № 3. – S. 3-7.

11. Политравма / В.В. Агаджанян, А.А. Пронских, И.М. Устьянцева [и др.]. – Новосибирск: Наука, 2003. – 492 с.

Polytrauma / V.V. Aghajanian, A. Pronskih I.M. Ustyantseva [etc.] – Nauka, Novosibirsk, 2003. – 492 p.

12. Сведения об аварийности по районам

за 12 месяцев 2009-2011 гг. по данным Управления ГИБДД МВД по РС(Я). Режим доступа: <http://www.gai.ykt.ru/> (дата обращения 12.03.2013).

Data on accident by district for 12 months 2009-2011. according to the Office for the traffic police (Yakutia). Access mode: <http://www.gai.ykt.ru/> (date accessed 03/12/2013).

13. Сочетанная вертебро-спинальная травма, интенсивная терапия, особенности течения / И.М. Потемкин, А.Д. Филатенков, Ю.В. Лосев [и др.] [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.painstudy.ru/info/trauma11.htm>. / (дата обращения 14.03.2013).

Combined vertebro-spinal trauma, intensive care, particularly the flow / I.M. Potemkin, A.D. Filatenkov, Y. Losev [etc.] [electronic resource]. Mode of access: <http://www.painstudy.ru/info/trauma11.htm>. / (Date accessed 14/03/2013).

14. Стародубов В.И. Факторы, влияющие на показатели и оценку состояния общественного здоровья и здравоохранения / В.И. Стародубов, И.Н. Ступаков, И.В. Самородская // Менеджер здравоохранения. – 2005. – № 11. – С. 37-45.

Starodubov V.I. Factors affecting the performance and evaluation of the state of public health and health care / V.I. Starodubov, I.N. Stupak, I.V. Samorodskaya // Manager of Health. - 2005. - № 11. - P. 37-45.

15. Травматизм в Российской Федерации на основе данных статистики / Т.М. Андреева / ФГУ

«ЦИТО им. Н.Н. Приорова Росмедтехнологий» // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/234/30/lang,ru/> (дата обращения 12.03.2013).

Injuries in the Russian Federation on the basis of statistics / T.N. Andreeva "CITO named after N.N. Priorov Orthopedics" / Electronic scientific journal "Social aspects of public health." Access mode: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/234/30/lang,ru/> (date accessed 03/12/2013).

16. Характеристика автомобильной травмы в г. Якутске по данным ГБУ бюро СМЭ МЗ РС(Я) / Е.Ю. Колбина, Т.С. Ыкчанова / Судбно-медицинский журнал 12.07.2012. Режим доступа: <http://journal.forens-lit.ru/node/731> / (дата обращения 12.03.2013).

Characteristics of automotive injury in Yakutsk according Bureau of forensic medical examination of Ministry of health of the Republic of Sakha (Yakutia) / E.J. Kolbina, T.S. Ykchanova / Forensic Medical Journal 12/07/2012. Access mode: <http://journal.forens-lit.ru/node/731>. / (Date accessed 03/12/2013).

17. Хетагурова А.К. Медико-социальные аспекты травматизма в Тюменской области: современные подходы к совершенствованию травматологической помощи / А.К. Хетагурова, О.В. Галиулина // Сестринское дело. – 2008. – № 8. – С. 14-18.

Khetagurov A.K. Medical and social aspects of injuries in the Tyumen region: current approaches to improving trauma care / A.K. Khetagurova, O.V. Galiulina // Nursing. - 2008. - № 8. - P. 14-18.

18. Щепин В.О. Аналитический обзор региональных особенностей здоровья населения России (часть 1) / В.О. Щепин, Е.А. Тишук // Проблемы социальной медицины, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 1. – С. 37-41.

Shchepin V.O. Analytical review of the regional characteristics of health in Russia (Part 1) / V.O. Shchepin, E.A. Tishuk // Problems of social medicine, public health and medical history. - 2006. - № 1. - P. 37-41.

19. Информационный портал Рамблер. Режим доступа: <http://news.rambler.ru/9870652/> (дата обращения 14.03.2013).

Information portal Rambler. Access mode: <http://news.rambler.ru/9870652/>. (Date accessed 14/03/2013).

20. Scaela T. Focused assessment with sonography for trauma (FAST): Result from an International Consensus Conference Text / T. Scaela // J. Trauma. – 1999. – Vol. 3. – P. 466-472.

21. Zografos G.C. Organization of trauma and emergency surgery in Greece / G.C. Zografos, E. Filopoulos, G. Androulakis // The European J. of emergency surgery and Intensive Care. – 1997. – Vol. 20, № 3. – P. 169-170.

Л.Ф. Тимофеев

О ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ СУБЪЕКТОВ ФЕДЕРАЦИИ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

УДК 614.1:314.144(571.6)

Представлены результаты анализа показателей: медико-демографических, заболеваемости, инвалидности, в целом характеризующих общественное здоровье населения Дальневосточного федерального округа в общероссийском контексте, по официальным статистическим данным 2009-2010 гг.

Ключевые слова: медико-демографическая ситуация, первичная заболеваемость населения, инвалидность, здоровье населения.

Results of the analysis of medical demography, morbidity, physical inability parameters describing population health of the Far East federal district as a whole in the all-Russian context according to 2009-2010 official statistics are presented.

Keywords: medico-demographic situation, primary morbidity of the population, physical inability, health of the population.

Введение. Нами проведена сравнительная оценка здоровья населения Дальневосточного федерального округа (ДФО) по следующим показателям:

1) медико-демографическая ситуация (рождаемость, смертность, естественный прирост (ЕП), младенческая смертность (МлС), смертность от важнейших 6 причин (в том числе стандартизованная), ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ));

2) первичная заболеваемость населения в зависимости от классов болезней;

3) инвалидность детей от 0 до 18 лет.

Материалы и методы исследования. При этом оценке по методу перцентилей подверглись данные Росстата по 83 административно-территориальным образованиям Российской Федерации за 2009-2010 гг. [1-3]. Эта методика заключается в том, что субъекты федерации, по тем или иным показателям располагающиеся до 10-й и с 90-й перцентили, причисляются к территориям с низким и высоким уровнем этих показателей. Соответственно, субъекты федерации, располагающиеся с 10-й до 25-й и с 75-й до 90-й перцентили, входят в число территорий с уровнем ниже среднего и выше среднего. Понятно, что субъекты федерации с показателями в пределах 25-75-й перцентили имели средний уровень. Более пристальное внимание было уделено Республике Саха (Яку-

тия) для выяснения ее позиции по тем или показателям.

Результаты и обсуждение. Медико-демографическая ситуация. В 2010 г. коэффициент рождаемости в РФ был равен 12,5 на 1000 населения. Из субъектов федерации ДФО только Республика Саха (Якутия) и Чукотский автономный округ (АО) имели высокий (16,8) и выше среднего (14,7) уровни рождаемости соответственно (табл.1). По смертности (РФ – 14,2 на 1000) в РС(Я) наблюдается низкий уровень (9,8), в Камчатском крае и Магаданской области – ниже среднего (12,6-13,0). Высокий уровень ЕП (РФ – (-1,7) отмечается в РС (Я) (7,0), выше среднего – в Чукотском АО (0,9). Более благоприятная медико-демографическая ситуация в целом по РФ сложилась в Северо-Кавказском федеральном ок-

ТИМОФЕЕВ Леонид Федорович – д.м.н., проф., зам. директора НИИ здоровья Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова.