

УДК 614.2:616-001.17 (477.87)

ДИНАМІКА РОЗВИТКУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОТЕРПІЛИМ ВІД ОПІКІВ НА ЗАКАРПАТТІ (1994 – 2004) ТА ЇЇ ПЕРСПЕКТИВИ

Гурак Й.А., Яцина Ю.Ю.

Область клінічна лікарня; *Ужгородський національний університет, м. Ужгород*

Резюме: на основі аналізу основних показників спеціалізованої медичної допомоги потерпілим від опіків за останні 10 років автори пропонують концепцію регіональної програми реорганізації та розвитку цієї допомоги на найближчі роки.

Ключові слова: спеціалізована допомога, нормативна база, розвиток, концепція, регіональна програма.

Вступ. Згідно з даними за 2003 рік, оприлюдненими 2004 року головним комбустіологом МОЗ України на черговому семінарі завідувачів опіковими відділеннями у м. Немирові, за останні 12 років стійка тенденція до зменшення числа зареєстрованих з опіками в Україні призвела до значного зменшення і числа пролікованих – із 176 574 у 1991 р. до 69 470 у 2003, тобто на 39,34%. Ця тенденція збереглася і у 2004 році, але темпи зменшення опікового травматизму зафіксовано на рівні 20,6% серед дорослих та 10,3% у дітей “зі збільшенням ступеня тяжкості опіків, числа пацієнтів похилого та старшого віку, опіків у дітей до 3 років” [2].

Серед інших причин зменшенню числа зареєстрованих, на нашу думку, сприяє обставина, за якої певна частина потерпілих не звертається у медичні заклади, віддаючи перевагу т.зв. “народним цілителям”, які цілком відкрито ведуть свою діяльність чи не в кожному населеному пункті або самолікуванню. Така ситуація підтримується, в тому числі й доволі агресивною рекламою фармацевтичних засобів, широкою пропагандою у ЗМІ різних “чудодійних” методів лікування будь-яких хвороб та наданням умов для проведення всіяких “чудотворних” сеансів у публічних місцях. Нерідко до пропаганди та застосування таких засобів долучаються й дипло-

мовані лікарі чи то намагаючись здобути дешеvu популярність, чи то із суто меркантильних міркувань. Подібною є ситуація і в Закарпатській області, де частота опіків на 10 000 населення (станом на 2003 рік) знаходиться серед найнижчих по Україні (після Чернівецької області), а “цілителі” цілком відкрито ведуть свою діяльність чи не в кожному районі.

Іншою причиною можна вважати міграційні процеси, за рахунок яких область втрачає 6–7 осіб щодня [3]. ЗМІ публікують матеріали про масовий нелегальний виїзд працездатного населення на постійну чи сезонну роботу за кордон. При цьому т.зв. трудові мігранти, що виїхали до інших країн чи регіонів за офіційними угодами, серед усіх емігрантів становлять усього 4,6% [3]. В результаті чисельність населення станом на 01.01.2004 року становила 1 251,1 тис. осіб [1], а частота опіків – 9,23 на 10 000 населення.

Мета дослідження. На основі аналізу основних показників спеціалізованої допомоги за останнє десятиліття запропонувати концепцію її подальшого розвитку.

Матеріали і методи. Організацію допомоги потерпілим від опіків на всіх рівнях визначає наказ МОЗ України “Про регламентацію діяльності опікової служби в Україні” від 11.11.94 р. № 288. На рівні регіону таких нормативних документів, затверджених УОЗ, кілька (табл.1).

Аналіз показує, що спеціалізована допомога у нашому регіоні упродовж років розвивалась за інтенсивним варіантом, що можна проілюструвати відповідними показниками за період з 1994 по 2004 роки (рис. 1–6). Слід зазначити, що 1994 рік у нашому аналізі став відправним, оскільки саме тоді беруть початок зміни

до регламентації опікової служби в Україні та нова форма обліку і звітності опікових відділень, затверджені вже згаданим наказом МОЗ за № 288. Отже, розглянемо основні показники спеціалізованої допомоги за 1994–2004 рр.

Інтенсивність спеціалізованої допомоги до 2003 року у нас була вищою, ніж середня по Україні (15,4), залишаючись високою і в наступні роки: 25,3% та 22,4% відповідно у 2003 та 2004 роках при середньому показнику по Україні 22,05% (2003). Для порівняння, спеціалізоване лікування в опікових центрах США отримує 1/3 від усіх госпіталізованих з приводу опіків, а у Франції – 17,5%” [2].

Загальна хірургічна активність (рис. 2), тобто оперативна активність при свіжих опіках та їх наслідках як і у попереднє десятиліття, так і у 1994–2004 роках, утримується на рівні понад 50%. Якщо у попереднє десятиліття (1984–1994 рр.) вона значно випереджала середню по країні, то на даний час ці показники мало відрізняються, що може свідчити про вирівнювання діяльності опікових відділень і центрів у цілому.

На відміну від попереднього показника (рис. 2) оперативна активність при опікових ранах (рис. 3) значно перевищує середній показник по Україні і віддзеркалює багаторічну тенденцію, в основі якої лежить активна хірургічна тактика із застосуванням ультразвукових некротомій та некректомій, хімічного некролізу з одномоментним тимчасовим закриттям ранової поверхні (протектори шкіри), одночасним чи відстроченим (аутодермопластика) покриттям рани, а також поєднанням обох технологій у різних варіантах.

Таблиця 1

НОРМАТИВНА БАЗА ОПІКОВОЇ СЛУЖБИ ОБЛАСТІ

№	Назва нормативного документу	Дата та № наказу
1	Інструкція по лікуванню хворих з опіками. Мінімальний стандарт медичної допомоги потерпілим від опіків на етапах евакуації	21.04.97 № 36-о (додаток)
2	Положення про спеціалізоване опікове відділення ОКЛ	1999 (без №)
3	Наказ УОЗ “Про роботу опікової служби у 1999 і завдання на 2000-й рік”	28.03.00 № 68-о
4	Інструкція по диспансеризації хворих з наслідками опіків	
5	Наказ УОЗ “Про заходи щодо вдосконалення медичної допомоги обпеченим в гострому періоді опікової хвороби і зміцнення матеріально-технічної бази опікового відділення ОКЛ”	04.09.00 № 194-о
6	Єдині стандарти діагностики, лікування та організації медичної допомоги потерпілим від опіків	Збірник стандартів хірургічної служби. Ужгород, 2001

**ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ
ПОТЕРПІЛИМ ВІД ОПІКІВ ЗА 1994 – 2004 РОКИ**

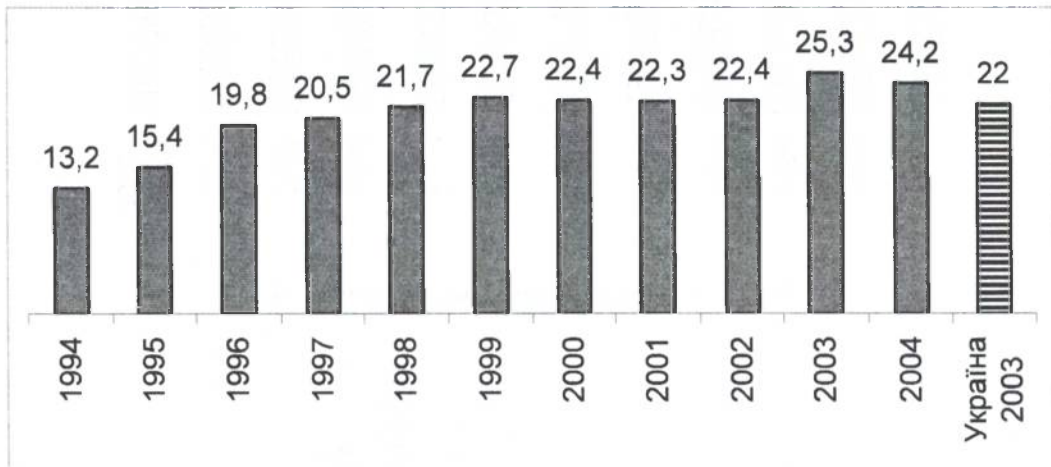


Рис. 1 . Спеціалізована допомога з числа зареєстрованих, %

Ранні оперативні втручання (рис. 4) можливі за постійної цілодобової готовності медичного персоналу опікового відділення (2 лікарі, анестезист, операційна сестра, що чергують вдома), забезпечення адекватної корекції і спостереження у післяопераційному періоді лікарем із спеціальною підготовкою з інтенсивної терапії. Таких фахівців затверджений штатний розпис опікового відділення на даний час не передбачає. Пацієнти з тяжкими ураженнями

тимчасово перебувають у єдиному для всієї лікарні відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ), статистично рахуючись за опіковим відділенням. Таку ситуацію, що до певної міри знеособлює етико-правову відповідальність медичного персоналу [5], який бере участь у лікуванні потерпілого, слід вважати вимушеною і тимчасовою до радикальної зміни структури, оптимізації ліжкового фонду і кадрового складу опікового відділення.

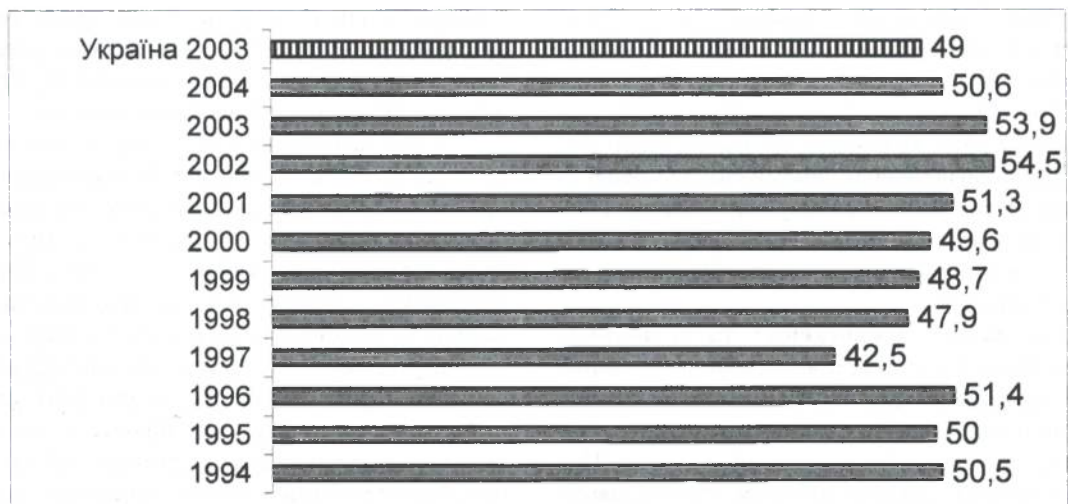


Рис. 2 . Хірургічна активність загальна, %

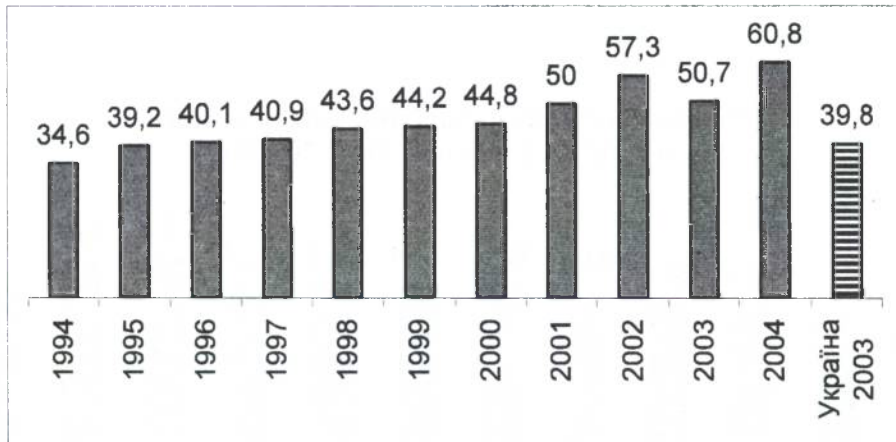


Рис. 3. Хірургічна активність при опіках, %

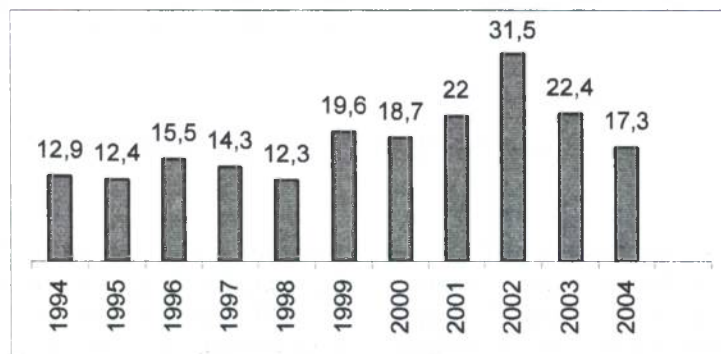


Рис. 4. Ранні оперативні втручання (POB), %

Цей показник залишається стабільно низьким під впливом інтенсивного лікування, проведенням оперативних втручань у ранні терміни, взаємозв'язку зі спеціалістами рівня кваліфікованої допомоги в рамках єдиного фахового об'єднання – Асоціації травматологів-ортопедів Закарпаття (АТОЗ), наступністю у лікуванні наших пацієнтів.

Порівняно низький рівень детальності, при його значні коливання по роках, тісно пов'язаний з позитивною динамікою усіх перерахованих показників. Важливу роль відіграє і докладна регламентація на рівні області обох основних рівнів допомоги – кваліфікованої та спеціалізованої.

Результати дослідження та їх обговорення. Позитивна динаміка основних показників (1–6) та певні досягнення служби допомоги потерпілим від опіків є тими засадами, на яких може ґрунтуватися її подальший розвиток. Постійна загроза групової опікової травми, необхідність бути готовими до надзвичайних ситуацій привели нас до концепції з робочою назвою

“Цільова регіональна програма розвитку спеціалізованої медичної допомоги потерпілим від опіків та їх медико-соціальної реабілітації” і спонукали поетапно, з року в рік, запроваджувати її складові у вигляді окремих наказів, інструкцій, стандартів, включивши до них всі напрацювання попередніх років, що вже показали свою ефективність, та виключивши ті, які виявилися зайвими або малоефективними.

Мета такої програми – збереження та посилення позитивних тенденцій, закріплення результатів, досягнутих комбустіологічною службою області за останні 10 років, тобто з часу введення нової регламентації служби в Україні, підвищення ефективності та результативності медичної допомоги потерпілим, починаючи від моменту травми і аж до оптимальної трудової і соціальної реабілітації. За відсутності загальнодержавної програми доцільним є введення шляхом створення і впровадження на рівні регіону, його засобами і силами замкнутого циклу: первинна – кваліфікована – спеціалізована допомога – реабілітація.

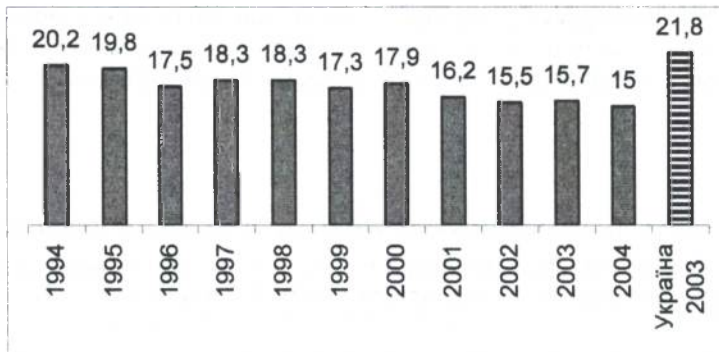


Рис. 5. Середні строки лікування, дні

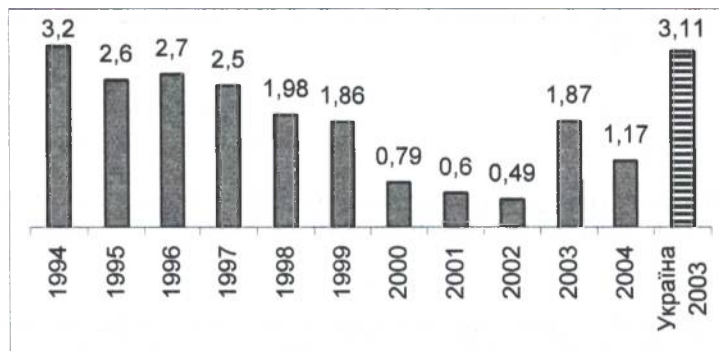


Рис. 6. Летальність, %

Успішна реалізація основного завдання медичної допомоги потерпілим від опіків – забезпечення спеціалізованою допомогою в оптимальні строки після травми всіх, хто її потребує, як важливий елемент програми вимагає введення нормативів матеріально-технічного та кадрового забезпечення на рівні спеціалізованого відділення, передбачених наказом МОЗ України від 11.11.1994 р. № 288, внесення змін та доповнень до наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 відповідно до сучасних вимог, зокрема закріплення системи ранніх оперативних втручань, готовності надати адекватну допомогу при групових і масових ураженнях.

Висновки. Тенденція до зниження з різних причин кількості пролікованих від опіків в Україні набула стійкого характеру. Такою ж є ситуація і на Закарпатті.

Специфіка опікового травматизму, його значна залежність від особливостей регіону, сезонного фактора тощо, необхідність підтримувати постійну готовність опікового відділення та його кадрів до надання адекватної спеціалізованої допомоги вимагає нових підходів, і тому штати опікового відділення не повинні залежати від числа ліжок. Саме такий погляд завойовує все більше прибічників, у тому числі і серед

керівників галузі різного рівня.

Наявна нормативна база забезпечує лише передумови етапності допомоги, оскільки задекларовані в діючому наказі МОЗ України № 288 нормативи матеріально-технічного та кадрового забезпечення на рівні спеціалізованого відділення не підкріплені відповідним фінансовим забезпеченням, і тому для успішної реалізації поставленого завдання та подальшого розвитку цього виду допомоги необхідна окрема цільова регіональна програма, яка б враховувала в т.ч. й актуальність даної проблеми для медицини катастроф.

Починаючи з 1994 року, після введення в дію згаданого наказу МОЗ України на основі двох вже діючих наказів ОЗО та УОЗ елементи такої програми вводились нами поступово, окремими відомчими нормативними актами на рівні регіону, що дало можливість визначити роль і місце лікувальних закладів та фахівців всіх рівнів у системі допомоги потерпілим від опіків.

Таке поетапне введення в дію елементів програми підвищило ступінь готовності лікувальних закладів та медичних кадрів до надання допомоги потерпілим від опіків як у звичайній, так і в екстремальній ситуації.

У найближчій перспективі – внесення таких змін до штатного розпису, які б дали змогу

забезпечити цілодобове спостереження фахівців з інтенсивної терапії за станом пацієнта після проведеного раннього оперативного втру-

чання, що дасть можливість розширити показання до раннього переведу потерпілих з етапу кваліфікованої допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закарпаття мовою статистики. Transcarpathia from the point of view of statistics. – Ужгород, 2004. – 56 с.
2. Козинець Г.П., Таран В.М., Комаров М.П., Воронін А.В. Стан надання спеціалізованої медичної допомоги хворим з опіками в Україні / Матеріали XXI з'їзду хірургів України 5–7 жовтня 2005. – Т.2. – Запоріжжя, 2005. – С. 31 – 33.
3. Населення Закарпатської області. Демографічний щорічник. – Ужгород, 2001. – 170 с.
4. Термические и радиационные ожоги. Система информационной поддержки действий по диагностике и лечению / Герасимова Л.И., Живин В.Н., Кижаяв Е.В., Путинцев А.Н. / Под ред. Г.И. Назаренко. – М.: Медицина, 1996. – 248 с.
5. Турак Й.А. Етичні та правові засади медичного втручання: З погляду лікаря-практика. – Ужгород: ВАТ “Видавництво “Закарпаття”, 2002. – 192 с.

SUMMARY

THE DYNAMICS OF THE DEVELOPMENT OF SPECIALIZED MEDICAL HELP TO THE BURNED PATIENTS IN TRANSCARPATHTIA (1994 – 2004) AND IT'S PERSPECTIVES

Y. A. Turak, Y. Y. Yatsyna

The authors propose the concept of a regional program towards the reorganization and development of medical help within the next few years on the basis of the analysis of the main indices of specialized help to the burned patients.

Key words: specialized help, regulation, development, concept, regional program.