НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

А. С. Тимофеева, Ю. С. Злобина

МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: МИРОВОЙ ОПЫТ

ЭКСПЕРТНЫЙ ОБЗОР

МОСКВА
2 0 2 4

ЭКОСИСТЕМА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

НАУКА

- Научные исследования, планирование и реализация исследовательской стратегии
- Этическая экспертиза исследований
- Сопровождение в проведении научных исследований и подготовке научных трудов
- Мониторинг научной продуктивности и выбор приоритетов развития медицинской науки
- Организационные технологии развития здравоохранения
- Новые модели экономики здравоохранения
- Международное научное сотрудничество

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ ЗАЩИТА

- Помощь в патентовании
- Юридическая поддержка

ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ

- Аналитика статистических данных
- Оперативные мониторинги здравоохранения
- Консультации по вопросам сбора статистических данных
- Государственная статистика здравоохранения
- Фармако-экономическое изучение технологий

ЦЕНТР МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

- Прикладные социологические исследования
- Изучение текущих трендов в ценностно-ориентированном здравоохранении
- Нейросети для изучения здравоохранения и поведенческих моделей населения

ЦЕНТР «МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА.ОБРАЗОВАНИЕ»

- Аспирантура
- Магистратура
- Ординатура
- Дополнительное профессиональное образование

90 ЛЕТ НИИОЗММ
30 ЛЕТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ

- Профессиональные мероприятия офлайн
- Цифровая платформа “Московская медицина. Мероприятия” для онлайн-мероприятий
- Экспертиза и аккредитация мероприятий в НМО
- Разработка научных программ мероприятий
- Патронаж мероприятий ДЗМ

КОММУНИКАЦИИ

- Дизайн и оформление полиграфической продукции
- Организация видео- и фотосъемок
- Медиаохваты и соцсети
- Бренд врача и медицинской организации
- Публикации в журналах для профессиональной аудитории

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ

- Информационная безопасность
- Ведение регистров и информационных систем
- Разработка сайтов и порталов
- Техническая поддержка

МЕТОДОЛОГИЯ

- Разработка методических рекомендаций по развитию медицинских служб города
- Помощь в организации публикаций и мероприятий

Государственное бюджетное учреждение города Москвы
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

А. С. Тимофеева, Ю. С. Злобина

МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: МИРОВОЙ ОПЫТ

Экспертный обзор

Научное электронное издание

Москва
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2024

УДК 614.2
ББК 51.1

Рецензенты:
Камынина Наталья Николаевна, доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»;
Гажева Анастасия Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент, научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

Тимофеева, А. С.
Модели оказания травматологической помощи: мировой опыт: экспертный обзор [Электронный ресурс] / А. С. Тимофеева, Ю. С. Злобина. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. – URL: https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/obzory/ – Загл. с экрана. – 32 с.

ISBN 978-5-907805-19-4

Сотрудниками ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» было проведено исследование российских и зарубежных практик по применению моделей оказания медицинской помощи населению по профилю «Травматология». В обзоре содержится анализ международных практик работы моделей оказания травматологической помощи, который позволил рассмотреть изменения, происходящие в системах здравоохранения ряда стран: Великобритании, США, Канады, Франции, Норвегии и др.

В исследовании отражены особенности оказания населению травматологической помощи на разных уровнях. Модели рассмотрены как с точки зрения догоспитальной и неотложной помощи, так и стационарной и высокотехнологичной. Проанализированы особенности применения мультидисциплинарного подхода при оказании медицинской помощи населению по профилю «Травматология». Продемонстрированы аспекты законодательства, регламентирующие оказание травматологической помощи в странах мира. Рассмотрены особенности финансирования травматологической помощи.

Экспертный обзор предназначен для специалистов в области организации здравоохранения, заинтересованных в совершенствовании системы оказания медицинской помощи населению по профилю «Травматология».

УДК 614.2
ББК 51.1

Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
(Протокол № 3 от 12 марта 2024 г.)

Самостоятельное электронное издание сетевого распространения

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;
скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

ISBN 978-5-907805-19-4

© Тимофеева А. С., Злобина Ю. С., 2024
© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 5
ВЕЛИКОБРИТАНИЯ 7
США 9
КАНАДА 12
ФРАНЦИЯ 15
НОРВЕГИЯ 17
ШВЕЙЦАРИЯ 19
ЯПОНИЯ 21
РОССИЯ 24
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 28
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 29

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОП	врач общей практики
ИР	интервенционная радиология
КТ	компьютерная томография
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ATLS	Advanced Trauma Life Support (Расширенная поддержка жизни при травмах)
CHA	The Canada Health Act (Закон о здравоохранении Канады)
ED	emergency department (отделения неотложной помощи)
FFS	Fee-for-service (счет платежей за услуги)
HEMS	Helicopter emergency medical service (Вертолетная служба неотложной помощи)
HERS	Hybrid Emergency Room System (гибридная система отделения неотложной помощи)
HSM	Planung der hochspecialisierten Medizin (Планирование узкоспециализированной медицины)
ISS	Injury Severity Score (Шкала тяжести травмы)
MGAP	Mechanism/Glasgow Coma Scale/Age/Pressure (оценка механизма/шкалы комы Глазго/возраста/давления)
NHS	National Health Service (Национальная служба здравоохранения)
NTR	National Trauma Register (Норвежский регистр травм)
PTD	Preventable trauma death (концепция предотвратимой смерти от травм)
RTS	Revised Trauma Score (пересмотренная оценка травмы)
UTC	Urgent treatment centres (центры неотложной помощи)

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия в связи со стремительным развитием научно-технического прогресса и автомобилестроения во всем мире возрастает уровень смертности и инвалидизации от травм. Наиболее уязвимым контингентом в отношении травматизма являются мужчины трудоспособного возраста.

Уровень смертности от травм достигает пика в 30–39 лет. Мужчины гибнут от травм в 2 раза чаще, чем женщины, при этом в возрастной группе 20–29 лет в 5,7 раза, а 30–39 лет – в 5,9 раза чаще.

Из общего числа травмированных лиц на догоспитальном этапе погибает 56,1% [1].

В связи с этим догоспитальная помощь пациентам с травмами является одним из важнейших звеньев функциональной системы травматологической помощи населению. Выявление причин смерти при травмах стало движущей силой создания сетей медицинских организаций различного уровня с целью повышения качества оказания медицинской помощи травматологическим пациентам.

Одним из показателей, имеющим огромное прогностическое значение в отношении исхода травмы, является так называемый «золотой час» – это первый час с момента получения травмы. Оказание полноценной неотложной помощи пациенту в течение этого интервала с наибольшей вероятностью предотвратит летальный исход.

Термин «золотой час» был введен профессором Ричардом Коули после наблюдений во время Второй мировой войны, где он пришел к выводу, что подавляющее большинство смертей происходит в первые 60 минут после ранения [2].

Существует две основные стратегии догоспитальной помощи при травмах:

- стратегия «scoop and run», применяемая преимущественно в США, которая опирается на «парамедиков» и заключается в сведении к минимуму времени, проведенного на месте травмы. Основная задача – максимально быстро доставить пациента в медицинское учреждение.
- стратегия «stay and play», более распространенная в Европе, которая обеспечивает помощь на месте (стабилизация состояния) и в пути, включая поддержание проходимости дыхательных путей, декомпрессию грудной клетки, внутривенное введение жидкостей и лекарств.

Непосредственно в медицинской организации в настоящее время общемировым трендом является создание мультидисциплинарных бригад, в состав которых обязательно входят: врач – анестезиолог-реаниматолог противошоковой палаты, врач-хирург, врач-травматолог, врач-нейрохирург. Осмотр специалистами мультидисциплинарной команды проводится немедленно после поступления пострадавшего в противошоковую палату. В случае необходимости к работе бригады привлекаются другие профильные дежурные врачи [3].

ВЕЛИКОБРИТАНИЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Догоспитальную помощь при травмах оказывают 13 региональных служб наземной скорой помощи Национальной службы здравоохранения, каждая из которых имеет специализированные диспетчерские центры. Во всех районах Великобритании также есть вертолеты скорой медицинской помощи, которые преимущественно принадлежат благотворительным организациям [4].

Аналогом травматологических пунктов в Великобритании, в частности в Англии, служат центры неотложной помощи (Urgent treatment centres – UTC) [1]. Центры открыты не менее 12 часов в день, работают ежедневно. UTC оказывают неотложную помощь населению в случае, если ситуация не представляет угрозы для жизни пациента. В центры пациенты обращаются, как правило, для получения помощи «день в день».

В центрах оказывают медицинскую помощь при:

- травмах;
- боли в желудке, рвоте и диарее;
- кожных инфекциях и сыпи;
- высокой температуре у детей и взрослых;
- нарушениях психического здоровья.

Наряду с центрами неотложной помощи работают отделения малой травматологии и центры скорой медицинской помощи. Эти службы могут оказать помощь обратившимся с теми же проблемами, что и в UTC, но не все они имеют равные возможности[2].

1 NHS. UTC. URL: https://www.england.nhs.uk/urgent-emergency-care/urgent-treatment-centres/

2 When to visit urgent treatment centres or other urgent care services. URL: https://www.nhs.uk/nhs-services/urgent-and-emergency-care-services/when-to-visit-an-urgent-treatment-centre-walk-in-or-minor-injury-unit/

Концепция региональных сетей организаций, оказывающих травматологическую помощь, была разработана для повышения качества оказания помощи пациентам, которые получили тяжелые травмы. Тяжесть травмы классифицируется с использованием Шкалы тяжести травмы (Injury Severity Score – (ISS): травмам различных областей тела присваивают оценку по сокращенной шкале, а значения трех областей тела с наивысшими общими баллами возводятся в квадрат и суммируются.

Британская травматологическая сеть работает по схеме, состоящей из всех необходимых звеньев оказания травматологической помощи, от догоспитальной до реабилитации. В ее функции входит оказание помощи при травмах в пределах определенного географического региона, включая догоспитальную помощь, «центр тяжелых травм», все другие больницы, куда поступают пациенты с острыми травмами (в «травматологические отделения»), и региональные реабилитационные службы.

Взаимодействие между догоспитальными службами и местными травматологическими службами осуществляется посредством принятия решения уполномоченным сотрудником догоспитальной помощи о том, требуется ли пациенту помощь в крупном травматологическом центре (рис.1) [5].

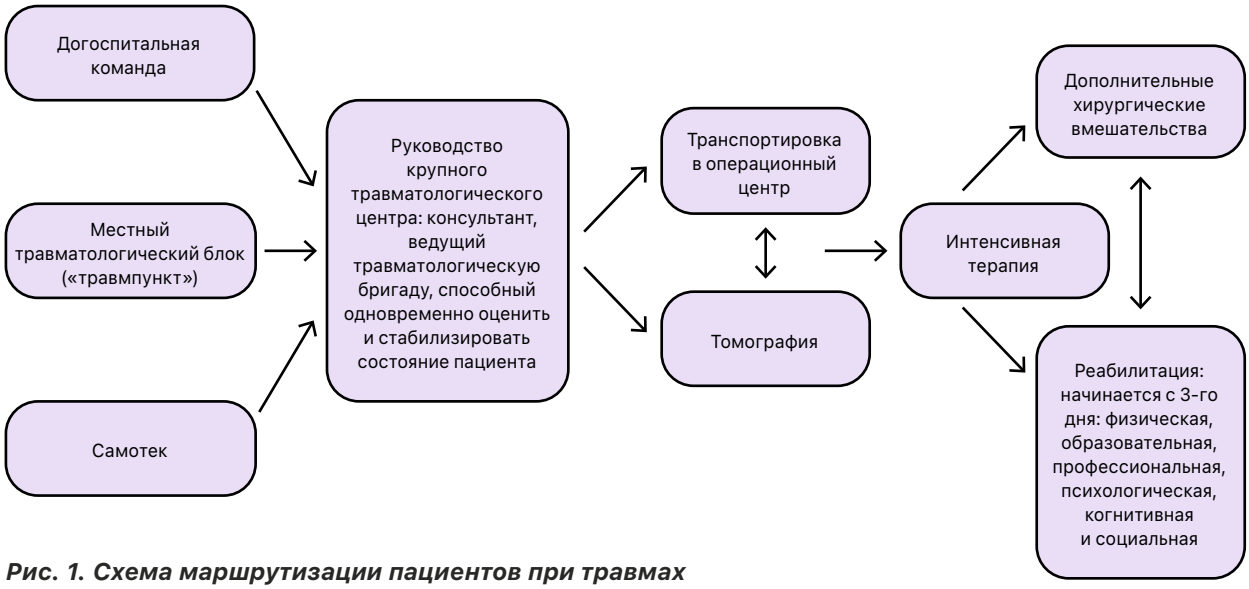

Рис. 1. Схема маршрутизации пациентов при травмах

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Население Соединенного Королевства составляет 67 миллионов человек и разделено на 4 страны: Англию, Уэльс, Шотландию и Северную Ирландию. Услуги в системе здравоохранения предоставляются бесплатно всем в каждой стране через Национальную службу здравоохранения (NHS), которая финансируется за счет налогов и выплат национального страхования.

В апреле 2010 года в Лондоне была запущена первая региональная сеть «Тяжелая травма». Внедрение сетей на остальной территории Англии продолжалось в 2012 году, а в Шотландии, Уэльсе и Северной Ирландии – в период с 2017 по 2020 год [6].

Рекомендации по планированию и разработке сетей клинических консультативных групп Национальной службы здравоохранения для оказания помощи при травмах содержатся в документе «Regional Trauma Networks – Clinical Advisory Group Document»[3].

США

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В Соединенных Штатах, как и в Великобритании, для оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология» «день в день» работают центры неотложной помощи (поликлиники) и стационарные отделения неотложной помощи (emergency department – ED).

Услуги, предоставляемые в клиниках неотложной помощи по всей стране, предлагают широкий спектр помощи. В отличие от отделений неотложной помощи, прикрепленных к стационару, не прикрепленные организации неотложной помощи не имеют полномочий штата или федерального правительства принимать, лечить или стабилизировать пациентов без учета их платежеспособности[4].

Кроме оказания неотложной помощи по травматологическому профилю в рамках центров неотложной помощи в США существует сеть травматологических центров. Их подразделяют на пять уровней. Критерии сортировки, определяющие, куда следует доставить пациента с травмой службой скорой помощи, обычно определяются местными властями под руководством национальных экспертных групп [7]. Такие центры могут осуществлять комплексную программу оценки качества и принимают участие в профилактических мероприятиях (табл. 1).

3 Regional Trauma Networks – Clinical Advisory Group Document. URL: https://www.gov.uk/government/publications/regional-trauma-networks-clinical-advisory-group-document

4 UrgentCareCenters. URL: https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/urgent-care-centers#:~:text=An%20urgent%20care%20center%20is,freestanding%20emergency%20department%20(ED).

Таблица 1. Система травматологических центров США

Уровень центра	*Функции*
Первый	Круглосуточная работа врачей общей практики и оперативная доступность помощи по специальностям: — ортопедическая хирургия; — нейрохирургия; — анестезиология; — неотложная медицина; — радиология; — пластическая хирургия; — челюстно-лицевая хирургия; — педиатрическая и реанимационная помощь
	Профилактика травматизма во взаимодействии с иными службами
	Обеспечение непрерывного обучения членов травматологической бригады
	Комплексная программа оценки качества
	Научно-исследовательская работа и внедрение инновационных технологий
	Программа скрининга злоупотребления психоактивными веществами
	Соответствие минимальным требованиям к годовому объему приема тяжелораненых пациентов
Второй	Круглосуточная неотложная помощь хирургов общей практики, а также специалистов: — ортопедической хирургии; — нейрохирургии; — анестезиологии; — неотложной медицинской помощи; — радиологии и интенсивной терапии
	Обеспечение выполнения программ профилактики травм и непрерывного образования для персонала
Третий	Круглосуточная неотложная помощь пациентам с травмами
	Решение вопроса о переводе пациентов в травматологические центры I или II уровня из травматологического центра III уровня
	Обеспечение резервной помощи сельским и муниципальным больницам
	Непрерывное обучение медицинского персонала, в том числе тренировка слаженной работы мультидисциплинарных бригад
Четвертый	Базовые возможности отделения неотложной помощи для проведения протоколов ATLS (Advanced Trauma Life Support), круглосуточное лабораторное обслуживание, круглосуточная доступность врачей-специалистов и среднего медицинского персонала
	Предоставление хирургических услуг и услуг интенсивной терапии
	Решение вопроса о переводе пациентов в травматологические центры уровня I или II
Пятый	Основные возможности отделения неотложной помощи для реализации протоколов ATLS
	Доступность помощи медицинских сестер-травматологов и врачей по прибытии пациента
	Протоколы активации в нерабочее время, если организация не работает круглосуточно
	Предоставление хирургических услуг и услуг интенсивной терапии
	Решение вопроса о переводе пациентов в травматологические центры уровня I или II

В США при оказании населению травматологической помощи используется мультидисциплинарный подход, который применяется и в других профилях медицинской помощи. Диагностика и лечение травм, особенно множественных, требуют всесторонних возможностей медицинской бригады. Такое лечение часто предполагает сотрудничество врачей разных специальностей, включая нейрохирургов, торакальных хирургов, абдоминальных хирургов, хирургов-ортопедов и челюстно-лицевых хирургов.

Модели мультидисципларных команд при лечении пациентов с травмами совершенствуются. В 2020 году была предложена новая модель: временно-устойчивая команда (temporary-sustainable team). По сравнению с традиционной командой, которая фокусируется только на неотложной помощи и не наблюдает за дальнейшим стационарным лечением пациента, временно-устойчивая бригада уделяет значительное внимание непрерывности лечения [8].

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Основным законом в США, регулирующим здравоохранение на национальном уровне, является «Закон о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» от 2010 года[5].

В США функционирует частная система здравоохранения. Закон регламентирует в основном финансовую сторону вопроса (например, поощрительные выплаты Medicare практикующим врачам первичной медико-санитарной помощи – ПМСП), оставляя возможность каждому штату самостоятельно регулировать особенности оказания помощи населению.

В Кодексе США в разделе «Обследование и лечение неотложных медицинских состояний» говорится:

В случае если в стационар, в котором есть отделение неотложной помощи, или в травматологический центр поступает пациент с травмой, больница должна обеспечить проведение минимально необходимого медицинского обследования в пределах возможностей учреждения, включая вспомогательные услуги, чтобы определить наличие или отсутствие неотложного медицинского состояния.

Если стационар подтверждает неотложное состояние, то организация должна предоставить медицинскую помощь собственными силами (в рамках персонала и средств, имеющихся в организации) для дальнейшего медицинского обследования и лечения, которые могут потребоваться для стабилизации со-

5 Affordable Care Act and the Health Care, (ASPA), 2013.

стояния пациента, и/или для его перевода в другую медицинскую организацию[6]. Перевод пациента в иную медицинскую организацию до стабилизации состояния запрещен.

КАНАДА

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Хотя Канада является страной со второй по величине территорией в мире, ее население в основном сконцентрировано в городских центрах на юге. Более крупные города обслуживаются травматологическими центрами первого уровня, которые действуют как справочные центры для сельских районов и укомплектованы врачами общей практики или даже дипломированными медицинскими сестрами в наиболее отдаленных районах.

Обеспечение доступа к качественной травматологической помощи даже в самых отдаленных регионах страны является одной из особых проблем, с которыми сталкивается канадская травматологическая система [9].

Травмы являются серьезной проблемой общественного здравоохранения в Канаде и ложатся значительным бременем на общество с точки зрения смертности, инвалидности и финансовых издержек.

Комплексная и инклюзивная травматологическая система Канады – это заранее спланированные, организованные и скоординированные усилия по борьбе с травматизмом в определенной географической зоне (провинции или регионе), которые:

- имеют идентифицируемое ведущее учреждение.
- управляются государством, финансируются и подотчетны.
- участвуют в комплексных программах исследования травматизма, отчетности о нем и его профилактики.
- оказывают полный спектр травматологической помощи с момента получения пациентом травмы до его выздоровления, включая:
  - Немедленный доступ к службам неотложной медицинской помощи.
  - Быструю транспортировку в организацию соответствующего уровня медицинской помощи.
  - Неотложные услуги, включая реанимацию, хирургию, интенсивную терапию и специализированные услуги.
  - Реабилитацию и реинтеграцию пациентов в общество и трудовую деятельность.

6 Закон 42 U.S. Code § 1395dd – Examination and treatment for emergency medical conditions and women in labor.

– Проведение исследований, обучения и обеспечение повышения производительности.
– Налаживание связи с программой обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям.

Региональные травматологические системы рассчитаны на население от 1 до 2 миллионов человек и объединяют основную нагрузку по травмам в один или иногда в два крупных травматологических центра, распределяя при этом больший объем менее тяжелых пациентов по многим организациям неотложной помощи.

Региональные системы в значительной степени независимы друг от друга, но оказывают взаимную помощь в случае стихийных бедствий или массовых несчастных случаев и имеют возможность передавать конкретные случаи в единый ведущий провинциальный травматологический или специализированный центр.

Ассоциация травматологов Канады определила 5 уровней травматологических центров наряду с аналогами детских травматологических центров и установила, что практически все учреждения неотложной помощи должны участвовать в оказании травматологической помощи. Эти объекты и выполняемая ими работа дополняют основные травматологические центры и имеют решающее значение для успешного функционирования травматологической системы в целом. Поэтому такие организации официально включены в перечень травматологических учреждений.

Травматологические центры для взрослых разделены на 5 уровней (уровни I–V). Также определены два уровня детских травматологических центров (P-I, P-II) (табл. 2)[7].

Таблица 2. Система травматологических центров Канады

Уровень центра	***Функции***
Первый	– Руководящая роль в провинциальной травматологической системе – Центральная роль в региональной травматологической системе – Большая часть третичной (основной, специализированной) травматологической помощи в системе – Комплексные и уникальные (высокотехнологичные) методы травматологической помощи – Академическое руководство, включая программы обучения травматологии и исследовательские программы

7 TRAUMA SYSTEM ACCREDITATION GUIDELINES Trauma Association of Canada Association Canadienne de Traumatologie. URL: https://www.traumacanada.org/wp-content/uploads/2019/05/Accreditation_Guidelines_2011.pdf

Уровень центра	*Функции*
Второй	Травматологический центр II уровня действует в регионах, где нет центров I уровня, или там, где нагрузка по тяжелым травмам слишком велика для работы одного центра I уровня и, следовательно, оправдывает наличие двух крупных травматологических центров. Травматологический центр II уровня может играть центральную роль в региональной системе травматологии или оказывать поддержку центрам I уровня
Третий	Травматологический центр III уровня требуется в регионах, где нет своевременного доступа к центрам I или центрам II уровня, и, как правило, они существуют в небольших городских или сельских общинах. Центры уровня III могут переводить пациентов с травмами, требующими более сложных услуг, в центры уровня I и II
Четвертый	Травматологический центр IV уровня находится в городской местности с близлежащим крупным травматологическим центром (центр I или II уровня (в 30 минутах езды). Действуют протоколы сортировки на местах, согласно которым случаи тяжелых травм направляются в крупный травматологический центр (уровня I или II) без госпитализации в центр IV уровня. Все пациенты с тяжелыми травмами, которые поступают в отделение неотложной помощи, стабилизируются, а затем переводятся в ближайший соответствующий крупный травматологический центр в соответствии с установленными соглашениями о передаче
Пятый	Травматологический центр уровня V функционирует в сельской местности, где нет непосредственного доступа к крупному травматологическому центру (уровня I – III). Центр уровня V принимает пациента в пределах своей зоны обслуживания только в соответствии с региональной политикой. Большинство пострадавших с травмами будут быстро доставлены в ближайший соответствующий травматологический центр после стабилизации состояния или, при необходимости, первоначально, полностью минуя учреждение уровня V

Травматологические сети развиваются и в сельской местности. Отделения неотложной помощи (emergency departments – EDs) являются важной системой защиты сельских жителей. За последние 40 лет травматологическая помощь значительно улучшилась благодаря созданию новых травматологических сетей, включая больницы (травматологические центры), которые предлагают полный спектр диагностических услуг, а также специализированной медицинской помощи [10].

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Организация системы здравоохранения Канады определяется Конституцией государства, в которой полномочия разделены между федеральным, провинциальными и территориальным правительствами.

Основным законом, регулирующим оказание медицинской помощи населению, является Закон о здравоохранении Канады[8]. Закон также устанавливает

8 The Canada Health Act: An Overview. URL: https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/en_CA/ResearchPublications/201954E#:~:text=The%20Canada%20Health%20Act%20(%20CHA,under%20the%20Canada%20Health%20Transfer

критерии и условия, которым должны соответствовать провинциальные и территориальные системы медицинского страхования. Однако догоспитальная помощь не регулируется Законом о здравоохранении Канады. Хотя в Канаде существует универсальная программа здравоохранения, которая предоставляет бесплатные стационарные услуги всем гражданам, ее обширная территория и нестандартизированные больничные системы затрудняют предоставление качественной помощи при травмах, особенно в сельских регионах с ограниченными ресурсами [9].

ФРАНЦИЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Во Франции система оказания травматологической помощи структурирована вокруг неотложной догоспитальной первичной помощи [11].

Отделения неотложной помощи подразделяются в зависимости от специальности. Также во Франции в некоторых регионах созданы травматологические сети, но их структура менее систематична, нежели в Англии [12].

Развитие сетей по оказанию травматологической помощи началось примерно десять лет назад в регионе Рона-Альпы с сетей «SOS-Травма» от RESUVAL («Réseau des Urgences de la Vallée du Rhône»), Системы травм от RENAU («Réseau Nord Alpin des Urgences»), а в последнее время – База травм[9].

Догоспитальное управление организовано на уровне отделений. Во Франции нет специализации по травматологии. На национальном уровне специальность ортопедической и травматологической хирургии находится под эгидой Французского общества ортопедической и травматологической хирургии [13].

Во Франции отсутствует комплексная национальная политика по лечению тяжелых травм. Региональных травматологических систем не существует. В 2017 году в Университетской больнице Гренобля, Франция, прошел симпозиум. Его целью было объединить заинтересованные стороны и существующие инициативы в области травматологической помощи во Франции. Симпозиум способствовал совместной проработке и обсуждению трех основных тем:

- сети травматологических центров и национальный реестр травм;
- изменения в травматологической хирургии и радиологической практике;
- симуляционные и инновационные методы обучения [14].

9 URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352556817303545

Маршрутизация пациентов в подходящий центр должна осуществляться после тщательной догоспитальной оценки, которая проводится на основе клинических критериев (механизм, травма, история болезни), определения жизненно важных показателей, расчета баллов (RTS, MGAP) или на основе классификаций. Согласно этой оценке, пациенты затем будут направлены в центр, способный обеспечить оптимальное и окончательное их лечение. Таким образом, цель состоит в том, чтобы избежать некачественной маршрутизации, которая, по сути, является синонимом повторного перевода, потери времени и, возможно, ухудшения прогноза, а также избежать гипердиагностики, которая может привести к неадекватному использованию ресурсов, перегрузке медицинских организаций и увеличению затрат.

Специфика навыков и интенсификация служб приема неотложной помощи предполагают избирательность в догоспитальном регулировании и расширение ресурсов для оказания медицинской помощи (стабилизации и транспортировки).

Остается задача поддержания на достаточном уровне амбулаторной травматологии, низкое качество и доступность которой известны серьезностью последствий, в том числе и в финансовом плане, в рамках все более разреженной больничной инфраструктуры [15].

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Работа медицинских организаций, которые оказывают неотложную помощь, регламентирована Кодексом общественного здравоохранения Франции. В одной из статей Кодекса указано, что местный приемно-лечебно-консультативный пункт неотложной помощи работает согласно следующим принципам:

1. принимает каждый день, двадцать четыре часа в сутки, любого человека, которому требуется неотложная помощь, в том числе и психиатрическая;
2. оказывает помощь каждый день, двадцать четыре часа в сутки, пациентам, состояние которых требует обычной общей медицинской или психиатрической помощи, или простых хирургических процедур;
3. направляет пациентов, состояние которых требует оказания медицинских услуг, которые она не может предоставить сама, в иные организации:

а) в другие подразделения этой организации, готовые их предоставить на условиях, заранее определенных между местным подразделением и этими службами;

б) в любую другую медицинскую организацию, независимо от того, осуществляет ли она деятельность по приему и лечению неотложных состояний;

в) в главное учреждение службы экстренного приема и лечения;

г) в другое учреждение здравоохранения, способное безотлагательно оказать больным необходимую помощь[10].

Во Франции медицинские организации неотложной первичной медицинской помощи и отделения неотложной помощи получают возмещение по смешанной модели оплаты, основанной на счете платежей за услуги (Fee-for-service – FFS) и бюджете доступности, оплате за каждый случай и дополнительных платежах за услугу [12].

НОРВЕГИЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В Норвегии ежегодно около 300 000 человек получают лечение в больницах по поводу травм. Травмы ежегодно уносят в Норвегии 2000 жизней и являются основной причиной смертности среди молодого населения. В системе травматологии норвежские больницы разделены на два уровня: травматологические центры и больницы с функцией неотложной травматологической помощи.

Система оказания травматологической помощи основана на Национальном плане по травматологии, который содержит набор предопределенных критериев для задействованных больниц, в том числе дополнительные требования к травматологическим центрам. Эти требования включают регулярное обучение участников травматологической бригады.

В 2007 году в Норвегии была создана национальная система травматологии, представляющая собой многоуровневую схему со стратегически расположенными больницами, специализирующимися на лечении травм. Норвежский регистр травм (National Trauma Register – NTR) представляет собой качественный реестр, предоставляющий информацию о степени и характеристиках пациентов с тяжелыми травмами, а также об объеме и результатах предоставленного лечения [16].

Согласно данным отчета NTR, подавляющее большинство пациентов с травмами сначала госпитализируются в местные больницы, оказывающие неотложную помощь при травмах, которые могут не иметь опыта оказания помощи пациентам с тяжелыми травмами. Таким образом, Национальный план оказания помощи при травмах требует регулярного обучения участников травматологических бригад для поддержания уровня их профессиональной компетентности.

10 Кодекс общественного здравоохранения (Министерство здравоохранения Франции). URL: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190808/#:~:text=Un%20service%20d'accueil%20et%20de%20traitement%20des%20urgences%20doit,d%C3%A9tresse%20et%20d'urgence%20vitales.

С момента внедрения плана в Норвегии постоянно совершенствовалась система оказания травматологической помощи и подготовка травматологических бригад [17].

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Система здравоохранения и социальных услуг в Норвегии основана на классической скандинавской модели социального обеспечения. Система полуцентрализована: государство отвечает за специализированную помощь, которая находится в ведении четырех региональных органов здравоохранения.

Нормативно-правовым документом, регулирующим здравоохранение в Норвегии, является «Закон об общественном здравоохранении» от 1 января 2012 г.[11] Цель этого закона – содействие общественному развитию, способствующему укреплению общественного здоровья и сокращению социального неравенства. Он гарантирует, что муниципалитеты, окружные власти и центральные государственные органы здравоохранения координируют свою деятельность в области общественного здравоохранения.

В Норвегии муниципалитеты несут ответственность за ПМСП, в том числе за профилактику и укрепление здоровья, охрану материнства, неотложную помощь, реабилитацию и уход[12].

Здравоохранение в Норвегии финансируется за счет прямых налогов (в основном пропорционально подоходному налогу), косвенных налогов, взносов национального социального страхования и частных расходов (выплаты собственного капитала и добровольного медицинского страхования). Сочетаются модели государственного и частного финансирования.

Система здравоохранения построена по принципу обеспечения равного доступа к медицинским услугам всем жителям, независимо от их социального статуса, места жительства и доходов. Эти права регулируются законом, а также встроены в культуру норвежского государства. Все жители имеют право на финансируемые государством медицинские услуги. Объем покрытия широк, исключая только немедицинскую офтальмологическую помощь, стоматологическую помощь взрослым, а также дополнительную и альтернативную медицину[13].

11 Norwegian Public Health Act Norway. URL: http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2017/03/norwegian-public-health-act.pdf.

12 Larsen A. T., Klausen M. B., Højgaard B. Primary Health Care in the Nordic Countries Comparative Analysis and Identification of Challenges – VIVE and the Authors, 2020. URL: https://www.vive.dk/media/pure/15439/4892199.

13 Voluntary health insurance in Europe: Country experience [Internet]. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447704/

ШВЕЙЦАРИЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В мае 2011 года швейцарские законодатели приняли постановление, согласно которому лечение тяжелых травм поручено только 12 национальным травматологическим центрам[14].

В центры направляются пациенты, соответствующие следующим критериям:

- Взрослые, перенесшие тяжелую, опасную для жизни одиночную или множественную травму, с оценкой тяжести травмы по шкале ISS не менее 20 баллов;
- Взрослые с черепно-мозговой травмой.

Центры обеспечивают круглосуточный прием и уход за тяжелоранеными и обеспечивают соблюдение необходимых условий.

В центрах ведется реестр, который должен гарантировать единообразный, стандартизированный и структурированный учет качества оказания медицинской помощи и ее результатов.

Содержание и форма реестра должны быть использованы в качестве основы для скоординированной по всей Швейцарии клинической помощи и исследовательской деятельности. Поставщики медицинских услуг представляют в специализированный орган HSM (Planung der hochspecialisierten Medizin) предложение о минимальном наборе данных, который должен быть собран в рамках реестра, а также о форме реестра травм.

В Швейцарии бригады скорой помощи в основном состоят из хорошо обученных парамедиков, а не врачей и зависят от региона. В случае, если предполагается, что врачи потребуются на месте, могут быть задействованы бригады вертолетной неотложной помощи (helicopter emergency medical service – HEMS), работающие круглосуточно [18].

Врачи общей практики (ВОП) играют ключевую роль в оказании помощи при несчастных случаях, причем эта роль существенно варьируется в зависимости от региона и профиля пациента. С 2008 по 2014 год наблюдается заметное снижение оказания первичной помощи врачами общей практики после несчастных случаев. Это признак того, что роль ВОП в швейцарской системе здравоохранения меняется.

14 Entscheid zur Planung der hochspecialisierten Medizin (HSM) im Bereich der Behandlung von Schwerverletzten, 2011–1233; 2011. URL: https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2011/4699.pdf

Помимо приема пациентов по предварительной записи и в дневное время, они обычно оказывают неотложную помощь в нерабочее время, часто участвуя в работе местных подразделений экстренной помощи, которыми управляют сами врачи общей практики.

Пациенты традиционно сначала обращаются к своему лечащему врачу, когда нуждаются в помощи, даже в случае неотложной помощи. При необходимости врачи общей практики направляют пациентов в отделение неотложной помощи больницы (ED) или к другому поставщику специализированной (вторичной) медицинской помощи. Однако в Швейцарии не существует общей официальной системы контроля, регулирующей доступ пациентов к больницам или специализированной помощи. Тем не менее на практике врачи общей практики обычно выполняют функцию посредников, а схемы медицинского страхования, в которых врачи общей практики используются в качестве центрального контактного лица, становятся все более популярными, поскольку они предусматривают сниженные страховые взносы [19].

ФИНАНСИРОВАНИЕ

В Швейцарии действует Федеральный закон о медицинском страховании 1996 года. Он сделал медицинское страхование обязательным для всех и ввел стандартный пакет льгот. Услуги, не включенные в данный пакет, можно приобрести с помощью оформления частной страховки. Такие услуги включают свободный выбор больницы, пребывание в больнице в одноместных палатах и эксклюзивное лечение у ведущих врачей. В Швейцарии базовое медицинское обслуживание является универсальным, но пациенты могут по желанию платить за частную страховку [20].

Страхование от несчастных случаев (травм) в Швейцарии организовано отдельно от общего медицинского страхования, которое покрывает только медицинскую помощь, не связанную с несчастными случаями. Страхование от несчастных случаев и общее медицинское страхование являются обязательными. Страхование от несчастных случаев оплачивается работодателями и работниками совместно. Оно охватывает как несчастные случаи на производстве, так и несчастные случаи непроизводственного характера. Неработающие лица или лица с ограниченной занятостью должны получить страховку от несчастных случаев, не связанных с производством, от своего поставщика медицинского страхования.

Все медицинские услуги, оказываемые врачами (ВОП и специалистами), а также стационарные услуги, входящие в систему обязательного медицинского страхования, возмещаются на основе единой национальной тарифной системы. Для больничной стационарной помощи и реабилитационной помощи действуют аналогичные системы тарифов [19].

ЯПОНИЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Несмотря на недавнее резкое снижение числа смертей в результате дорожно-транспортных происшествий в Японии, смерть от травм, связанная с несчастными случаями, остается основной причиной смерти молодого населения [21].

Традиционный метод оказания неотложной помощи в крупных мегаполисах Японии организован по трем уровням неотложной помощи в зависимости от остроты состояния пациента по оценке парамедиков [22].

Еще в 2003 году начала действовать национальная система оказания травматологической помощи. В нее входили организации:

- первичной неотложной помощи (в них нет больничных коек, и они предназначены для лечения амбулаторных пациентов с легкими травмами);

- вторичной неотложной помощи (они принимают пациентов, нуждающихся в госпитализации; предназначены для случаев с травмой средней тяжести, лечением которой занимается клиническое отделение);

- неотложной помощи третичного уровня (это центры неотложной помощи, оснащенные отделениями интенсивной терапии; предназначены для тяжелых травм и чрезвычайных ситуаций [23].

В Токио пациентов с тяжелыми травмами в настоящее время доставляют в ближайшие центры неотложной помощи и интенсивной терапии, каждый из которых обслуживает примерно 0,5–0,6 миллиона человек [24].

Японская ассоциация хирургии травм предложила концепцию предотвратимой смерти от травм (Preventable trauma death – PTD). Первый в стране крупный травматологический центр был открыт в городе Иокогама, который стремится централизовать помощь травматологическим пациентам в рамках единой системы медицинской помощи.

Ранее для транспортировки пациентов в крупный травматологический центр требовалось соблюдение следующих двух критериев:

- Подозрение на геморрагический шок из-за травмы сосудов шеи, туловища или двустороннего повреждения сосудов проксимальных отделов нижних конечностей;

- Возможность доставки пациента в травматологический центр в течение 45 минут после отправки.

В дальнейшем было принято решение исключить критерий, касающийся временны́х ограничений, в связи с выводом по результатам исследования о том, что необходимо предпринять дальнейшие усилия по централизации пациентов с тяжелыми травмами в центрах с большим потоком пациентов. Новый протокол о травмах, устранивший ограничение по времени, вступил в силу с января 2020 года и привел к увеличению числа пациентов, доставленных в крупный травматологический центр, с 48 тыс. пациентов в предыдущем году до 92 тыс. за год с момента его принятия.

В 2021 году Японская ассоциация хирургии травм рекомендовала создать региональные системы травматологической помощи для оказания помощи и реабилитации при травмах брюшной полости, туловища [21].

В 2011 году в Японии была разработана гибридная система отделения неотложной помощи (Hybrid Emergency Room System – HERS) как новая система оказания помощи при травмах, которая позволяет врачам выполнять все жизненно важные процедуры для пациентов с тяжелыми травмами, включая компьютерную томографию всего тела, все виды хирургических вмешательств и транскатетерную хирургию. В целях содействия дальнейшим инновациям и распространению этой новой и творческой концепции лечения травм 21 июня 2018 года была создана Японская ассоциация гибридных систем отделений неотложной помощи.

В Главном медицинском центре Осаки (Осака, Япония) была внедрена новая концепция рабочего процесса при травмах, включающая в себя выдвижную систему компьютерного томографа с ИК-функциями, которая позволяет проводить все неотложные вмешательства без перемещения пациента в разные отделения (рис. 2).

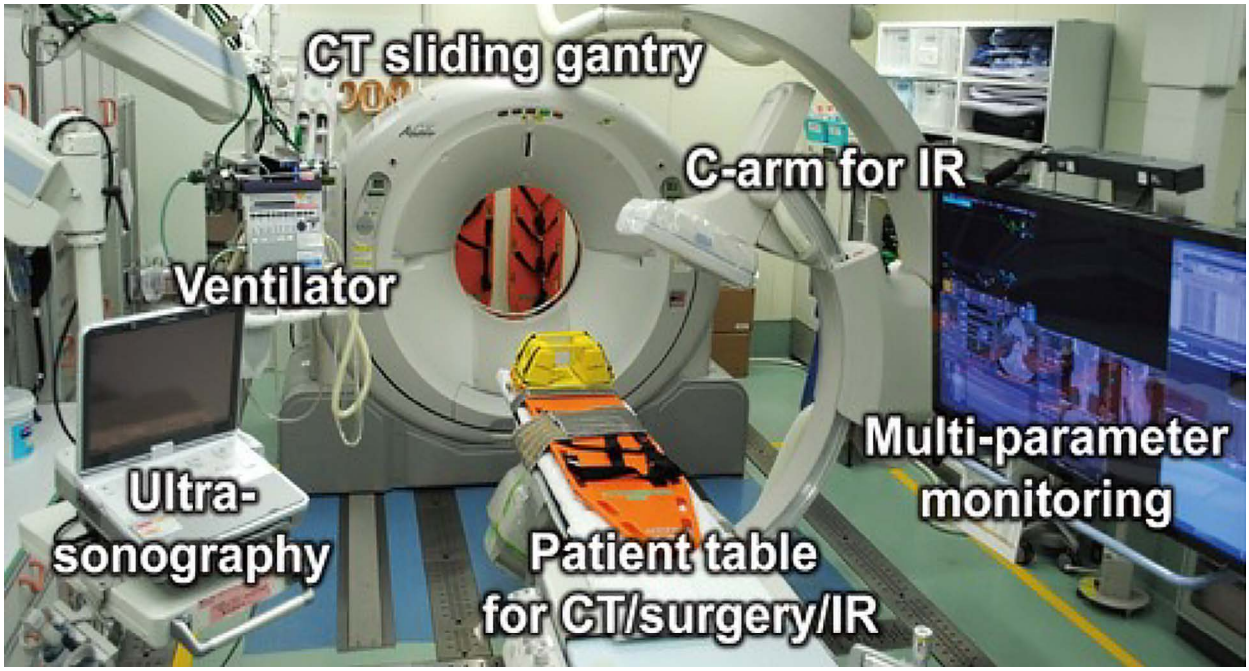

Рис. 2. Концепция рабочего процесса при травмах, включающая в себя выдвижную систему компьютерного томографа с ИК-функциями

Все жизненно важные процедуры, включая обеспечение проходимости дыхательных путей, компьютерную томографию (КТ), неотложную хирургию и интервенционную радиологию (ИР), могут быть выполнены быстро и безопасно на одном столе без перевода пациента в разные отделения.

Основой HERS является специальный комплекс ангио-КТ, предназначенный исключительно для лечения пациентов, находящихся в критическом состоянии, в сочетании с работой хорошо обученной команды, специализирующейся на проведении реанимации после травм в одной палате [25].

В рамках HERS в состав травматологической бригады входят хирурги-травматологи, врачи скорой помощи, рентгенологи, анестезиологи, медицинские сестры, радиологические технологи и другой медицинский персонал. Чтобы удовлетворить потребности специализированной травматологической бригады, необходимой для обеспечения функционирования HERS, была создана Японская ассоциация гибридных систем отделений неотложной помощи. Основными задачами ассоциации являются стандартизация протоколов лечения травм в условиях HERS, обучение и повышение квалификации травматологических бригад, а также предотвращение случаев смерти от травм.

Ожидается, что развитие не только хорошо обученных травматологических бригад, но и самой HERS следующего поколения будет весьма значительным. Одним из основных ограничений оригинальной HERS является то, что в палате может находиться только один пациент в течение длительного периода времени из-за выполнения нескольких трудоемких экстренных процедур. Чтобы решить эту проблему, в июле 2017 года в Общем медицинском центре Медицинского университета Кансай был установлен первый так называемый HERS второго поколения.

В этом HERS второго поколения реализована двухкомнатная ангио-КТ-система для увеличения пропускной способности пациентов. Две комнаты разделены подвижной дверью, и выдвижной компьютерный томограф может перемещаться между ними по мере необходимости. Двухкомнатная система HERS позволила одновременно лечить двух пациентов с тяжелыми травмами, а также использовать компьютерную томографию или ИК-сканирование для другого стационарного или амбулаторного пациента, задействовав вторую палату рядом с уже используемой основной палатой HERS.

Заглядывая в будущее, Японская ассоциация гибридных систем отделений неотложной помощи продолжит внедрять инновации и распространять HERS как новую и творческую концепцию лечения травм [25].

Децентрализованный подход Токио показывает текущую проблему, заключающуюся в том, что каждое учреждение занимается ограниченным числом случаев тяжелой травмы. Вывод, сделанный из этого сравнительного анализа, предполагает, что централизованная система может привести к созданию бо-

лее совершенного травматологического центра с учетом соображений этики и справедливости по сравнению с децентрализованным подходом [24].

ФИНАНСИРОВАНИЕ

В Японии действует универсальная система медицинского страхования, благодаря которой все граждане могут воспользоваться одним из видов медицинского страхования, каждый может без проблем иметь доступ к необходимой медицинской помощи. Это вносит большой вклад в стабилизацию жизни людей и сохранение их здоровья. В Японии действуют два типа страхования: национальное медицинское страхование, которое доступно самозанятым людям, фермерам и безработным, и медицинское страхование для наемных работников.

Кроме того, в Японии есть системы медицинского страхования, предназначенные для моряков, государственных служащих, местных государственных служащих, а также учителей и сотрудников частных школ. Таким образом, всеобщая система медицинского страхования состоит из различных подсистем[15].

Предоставление медицинских услуг в Японии регламентировано Законом о медицинском обслуживании (Закон № 205 от 1948 года. Последняя редакция: Закон № 30 от 2008 года)[16].

При оказании неотложной помощи все расходы покрываются местными органами власти и с пациента не взимается плата за уход и/или транспортировку [22].

РОССИЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Оказание населению медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия» регламентировано приказом Минздрава России от 12.11.2012 № 901н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия» (зарегистрирован в Минюсте России 25.12.2012 № 26374).

15 Министерство здравоохранения Японии. URL: https://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p34-35.html
16 Закон о медицинском обслуживании (Закон № 205 от 1948 года. Последняя редакция: Закон № 30 от 2008 года). URL: https://www.japaneselawtranslation.go.jp/en/laws/view/2199/en

Согласно приказу, медицинская помощь оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом – травматологом-ортопедом, а в случае его отсутствия – врачом-хирургом.

При самостоятельном обращении больных с травмами и острыми заболеваниями костно-мышечной системы в кабинеты неотложной травматологии и ортопедии (травмпункты) врач – травматолог-ортопед оказывает неотложную медицинскую помощь на основе стандартов медицинской помощи.

В случае отсутствия кабинета травматологии и ортопедии в медицинской организации первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается в хирургических кабинетах.

При выявлении онкологического заболевания травматологического или ортопедического профиля лечение и наблюдение больного, не требующего комбинированного и (или) сочетанного лечения, осуществляется врачом – травматологом-ортопедом, прошедшим профессиональную переподготовку по специальности «онкология».

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь[17].

В России в последние десятилетия сформирована концепция травмоцентров, в соответствии с которой осуществляется медицинская помощь при травмах. Организационная структура регламентирована рядом нормативных актов: федеральным законодательством, приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и приказами региональных комитетов, департаментов и министерств здравоохранения.

Концепция травмоцентров включает 4 уровня.

Травмоцентры 1-го уровня находятся в региональном административном центре и считаются ведущим организационно-методическим подразделени-

17 Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 901н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия»» (Зарегистрирован в Минюсте России 25.12.2012 № 26374). URL: https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=358709&dst=100384&cacheid=3473607C0BC5F47F015CB65AFCCF63DE&mode=splus&rnd=X36Q8w#r0dap4Uk9Z1tHdmp1

ем для травмоцентров более низких уровней (2–4-го). В травмоцентрах 1-го уровня оказывают все основные, в том числе и высокотехнологичные, виды специализированной медицинской помощи при травмах. Специалисты этих организаций оказывают травматологическую помощь максимально широкого спектра для региона (субъекта Российской Федерации). В травмоцентре 1-го уровня проводится лечение и реабилитация любых видов, в том числе и тяжелых сочетанных травм. Подобная концепция травмоцентров есть практически во всех экономически развитых странах: в США, Канаде, странах Западной Европы и некоторых других государствах.

По своей структуре и функциям травмоцентры 2-го уровня соответствуют уровню многопрофильных городских больниц. Объем оказания травматологической помощи в них меньше, чем в травмоцентрах 1-го уровня.

В травмоцентрах 3-го и 4-го уровней оказывается медицинская помощь пострадавшим при травмах в минимальном объеме. Это оценка тяжести травмы, реанимационные мероприятия, коррекция гомеостаза и некоторые виды хирургической помощи.

Хирургическая служба постоянной готовности развернута в травмоцентрах 3-го уровня. Там же может осуществляться и подготовка к эвакуации в лечебно-профилактические учреждения более высокого уровня.

Дежурная хирургическая служба в травмоцентре 4-го уровня не предусмотрена. В травмоцентрах 4-го уровня проводится диагностика и подготовка пациента к переводу в травмоцентры 1–2-го уровней. К переводу в травмоцентры высшего уровня готовят пострадавших с травмами позвоночника, переломами длинных костей, внутрисуставными переломами, политравмой и др. [26].

В каждом регионе России действует локальное положение о работе травматологических центров. Например, в Москве, действует приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29.12.2018 № 903 «Об организации оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в городе Москве»[18]. В приказе содержатся положения о травмоцентрах первого и второго уровней, регламентирован состав мультидисциплинарной команды, в которую входят: врач – травматолог-ортопед, врач-хирург, врач-нейрохирург, врач – анестезиолог-реаниматолог, врач ультразвуковой диагностики, врач-рентгенолог. Другие специалисты привлекаются по показаниям.

18 Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29.12.2018 № 903 «Об организации оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в городе Москве». URL: https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/document/default/view/889.html

В 2023–2024 годах в Москве создано 5 стационарных скоропомощных комплексов (ССК), оснащенных современнейшим оборудованием, в т. ч. гибридными операционными, позволяющими осуществлять полноценное всестороннее обследование пациента и проводить оперативное лечение в одной операционной вне зависимости от вида и локализации травмы.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Согласно статье 19 Федерального закона № 323 каждый гражданин имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

Перечень услуг, входящих в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в том числе высокотехнологичной), утверждается ежегодно постановлением Правительства Российской Федерации.

Неотложную медицинскую помощь при травмах оказывают бесплатно всем вне зависимости от гражданства, регистрации и т. д.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из важнейших проблем в оказании помощи пациентам с тяжелой травмой в странах, расположенных на больших территориях, является удаленность медицинских организаций и отсутствие возможности доставить пациента вовремя для получения неотложной специализированной помощи. Решение этой проблемы во многом определяется созданием единой системы травмоцентров различного уровня с отлаженным межуровневым взаимодействием и улучшением способов транспортировки (например, использование воздушного транспорта) с целью максимального сокращения сроков доставки пациента в медицинскую организацию.

Второй проблемой, не затрагивающей РФ, является финансирование. К сожалению, во многих странах пациенты лишены возможности получить всю необходимую медицинскую помощь бесплатно. Например, в США в принципе нет бесплатной медицинской помощи. В иных странах она есть, но в очень ограниченном объеме, кроме того, ее объем зависит от социального статуса человека. В РФ на всех этапах (от неотложной помощи на месте и транспортировки до реабилитации) гражданин имеет право получить медицинскую помощь бесплатно, что несомненно приводит к снижению смертности от травм и улучшению результатов лечения.

Создание гибридных операционных и мультидисциплинарных бригад в передовых странах (РФ, Япония, США) – это прорыв в идеологии лечения пациентов, принципиально новый подход, позволяющий добиться феноменальных результатов при тяжелейших повреждениях у пациентов, у которых еще 5–10 лет назад просто не было шансов выжить.

Одновременно с созданием крупных травмоцентров возникает и проблема сортировки пациентов для направления в них: с одной стороны, гипердиагностика может привести к перегрузке и необоснованному использованию ресурсов, с другой – недооцененная тяжесть состояния пациента и лечение в медицинской организации, не имеющей всех возможностей для оказания ему помощи, может привести к росту смертности и неудовлетворительных результатов лечения.

Таким образом, только системный подход с государственным регулированием, достаточное финансовое обеспечение, создание сетей и уровней травматологических учреждений и внедрение современных мировых достижений в практику здравоохранения, а также непрерывное обучение специалистов на всех уровнях могут обеспечить качественную травматологическую помощь и снижение смертности при травмах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шапошников В. И. Экономическое значение профилактики травматизма // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2017. – № 5. – С. 65-73.

2. Marsden N. J., Tuma F. Polytraumatized Patient. 2023 Jul 3. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 32119313.

3. Шабунин А. В., Родионов Е. П., Греков Д. Н., Малышев А. А., Евдокимов Е. А. Организация оказания специализированной медицинской помощи при политравме в многопрофильной больнице. Медицинский алфавит. 2021; (25): 34–41. URL: https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-25-34-41

4. Cole, Elaine∗. The national major trauma system within the United Kingdom: inclusive regionalized networks of care. Emergency and Critical Care Medicine 2(2):p 76-79, June 2022. DOI: 10.1097/EC9.0000000000000040.

5. Frostick E., Johnson C. Pre-hospital emergency medicine and the trauma intensive care unit. J Intensive Care Soc. 2019 Aug;20(3):242-247. DOI: 10.1177/1751143718783601. Epub 2018 Jun 28. PMID: 31447918; PMCID: PMC6693101.

6. Soto J. M., Zhang Y., Huang J. H., Feng D. X. An overview of the American trauma system. Chin J Traumatol. 2018 Apr;21(2):77-79. DOI: 10.1016/j.cjtee.2018.01.003. Epub 2018 Feb 21. PMID: 29605432; PMCID: PMC5911730.

7. Zhong X. M., Wen X. H., Ji C. H., Fei X. Z., Zhao X. G. A temporary-sustainable team: A new multidisciplinary team model for severe trauma. Chin J Traumatol. 2020 Dec;23(6):363-366. DOI: 10.1016/j.cjtee.2020.09.007. Epub 2020 Sep 28. PMID: 33214008; PMCID: PMC7718525.

8. Caminsky Natasha G.; Wong, Evan G. Trauma systems in Canada: striving for quality across an expansive landmass. Emergency and Critical Care Medicine 3(3):p 89-93, September 2023. DOI: 10.1097/EC9.0000000000000102.

9. Fleet R., Tounkara F. K., Ouimet M., Dupuis G., Poitras J., Tanguay A., Fortin J. P., Trottier J. G., Ouellet J., Lortie G., Plant J., Morris J., Chauny J. M., Lauzier F., Légaré F. Portrait of trauma care in Quebec's rural emergency departments and identification of priority intervention needs to improve the quality of care: a study protocol. BMJ Open. 2016 Apr 20;6(4):e010900. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010900. PMID: 27098826; PMCID: PMC4838705.

10. David J. S., Bouzat P., Raux M. Evolution and organisation of trauma systems. Anaesth Crit Care Pain Med. 2019 Apr;38(2):161-167. DOI: 10.1016/j.accpm.2018.01.006. Epub 2018 Feb 21. PMID: 29476943.

11. Baier N., Geissler A., Bech M., Bernstein D., Cowling T. E., Jackson T., van Manen J., Rudkjøbing A., Quentin W. Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands - Analyzing organization, payment and reforms. Health Policy. 2019 Jan;123(1):1-10. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.11.001. Epub 2018 Nov 10. PMID: 30503764.

12. Masmejean E. H., Faye A., Alnot J. Y., Mignon A. F. Trauma care systems in France. Injury. 2003 Sep;34(9):669-73. DOI: 10.1016/s0020-1383(03)00146-3. PMID: 12951291.

13. Gauss T., Balandraud P., Frandon J., Abba J., Ageron F. X., Albaladejo P., Arvieux C., Barbois S., Bijok B., Bobbia X., Charbit J., Cook F., David J. S., Maurice G. S., Duranteau J., Garrigue D., Gay E., Geeraerts T., Ghelfi J., Hamada S., Harrois A., Kobeiter H., Leone M., Levrat A., Mirek S., Nadji A., Paugam-Burtz C., Payen J. F., Perbet S., Pirracchio R., Plenier I., Pottecher J., Rigal S., Riou B., Savary D., Secheresse T., Tazarourte K., Thony F., Tonetti J., Tresallet C., Wey P. F., Picard J., Bouzat P.; Groupe d'intérêt en traumatologie grave (GITE). Strategic proposal for a national trauma system in France. Anaesth Crit Care Pain Med. 2019 Apr;38(2):121-130. DOI: 10.1016/j.accpm.2018.05.005. Epub 2018 May 29. PMID: 29857186.

14. Masmejean E. H., Faye A., Alnot J. Y., Mignon A. F. Trauma care systems in France. Injury. 2003 Sep;34(9):669-73. DOI: 10.1016/s0020-1383(03)00146-3. PMID: 12951291.

15. Samdal M., Thorsen K., Græsli O., Sandberg M., Rehn M. Dispatch accuracy of physician-staffed emergency medical services in trauma care in south-east Norway: a retrospective observational study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2021 Dec 7;29(1):169. DOI: 10.1186/s13049-021-00982-3. PMID: 34876197; PMCID: PMC8650530.

16. Bredin I. C., Gaup H. M. J., Brattebø G., Wisborg T. Trauma team training in Norwegian hospitals: an observational study. BMC Emerg Med. 2022 Jul 5;22(1):119. DOI: 10.1186/s12873-022-00683-9. PMID: 35790905; PMCID: PMC9258128.

17. Jensen K. O., Teuben M. P. J., Lefering R., Halvachizadeh S., Mica L., Simmen H. P., Pfeifer R., Pape H. C., Sprengel K.; TraumaRegister DGU. Pre-hospital trauma care in Switzerland and Germany: do they speak the same language? Eur J Trauma Emerg Surg. 2021 Aug;47(4):1273-1280. DOI: 10.1007/s00068-020-01306-3. Epub 2020 Jan 29. PMID: 31996977; PMCID: PMC7223374.

18. Höglinger M., Knöfler F., Schaumann-von Stosch R., Scholz-Odermatt S. M., Eichler K. Recent trends and variations in general practitioners' involvement in accident care in Switzerland: an analysis of claims data. BMC Fam Pract. 2020 Jun 5;21(1):99. DOI: 10.1186/s12875-020-01170-5. PMID: 32503550; PMCID: PMC7275559.

19. Funke L., Canal C., Ziegenhain F., Pape H. C., Neuhaus V. Does the insurance status influence in-hospital outcome? A retrospective assessment in 30,175 surgical trauma patients in Switzerland. Eur J Trauma Emerg Surg. 2022 Apr;48(2):1121-1128. DOI: 10.1007/s00068-021-01689-x. Epub 2021 May 28. PMID: 34050424; PMCID: PMC9001570.

20. Takeuchi I., Morimura N., Iwashita M., Kitano M., Doi T., Hayashi M., Fujita T., Yamasaki M., Shuri J. Validating the trauma care system developed by Yokohama City local government. Acute Med Surg. 2022 Apr 19;9(1):e749. DOI: 10.1002/ams2.749. PMID: 35462683; PMCID: PMC9016721.

21. Shimizu K., Hibino S., Biros M. H. et al. Emergency medicine in Japan: past, present, and future. Int J Emerg Med 14, 2 (2021). URL: https://doi.org/10.1186/s12245-020-00316-7

22. Tanaka T., Kitamura N., Shindo M. Trauma care systems in Japan. Injury. 2003 Sep;34(9):699-703. DOI: 10.1016/s0020-1383(03)00149-9. PMID: 12951296.

23. Otsuka H., Okada I., Adachi K. et al. (February 06, 2024) Trauma Care Systems in Urban Areas: Our Thoughts on the Contrasting Approaches in South Korea and Japan. Cureus 16(2): e53737. DOI: 10.7759/cureus.53737.

24. Founding members of the Japanese Association for Hybrid Emergency Room System (JA-HERS). The hybrid emergency room system: a novel trauma evaluation and care system created in Japan. Acute Med Surg. 2019 Apr 10;6(3):247-251. DOI: 10.1002/ams2.412. PMID: 31304025; PMCID: PMC6603312.

25. Особенности организации травматологической помощи в регионах Российской Федерации / Н. П. Щербак, Д. Ш. Мансуров, Ю. Л. Дорофеев [и др.] // Физическая и реабилитационная медицина. – 2021. – Т. 3, № 3. – С. 62-72. – DOI 10.26211/2658-4522-2021-3-3-62-72.

Научное электронное издание

Тимофеева Алена Сергеевна, **Злобина** Юлия Сергеевна

Модели оказания травматологической помощи: мировой опыт

Экспертный обзор

Корректор И. Д. Баринская
Дизайнер-верстальщик П. В. Жеребцов

Объем данных 1,4 МБ
Дата подписания к использованию: 06.06.2024.
URL: https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/obzory/

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,
г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Тел.: +7 (495) 530-12-89
Электронная почта: niiozmm@zdrav.mos.ru

130 ЛЕТ НИИОЗММ
ЛЕТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

ДВИГАЕМ НАУКУ ВПЕРЕД!

МОСКВА
2 0 2 4