

# ЗАКОН ЗА ТРАВМА СИСТЕМА В БЪЛГАРИЯ

Станислав Морфов, Димитър Тризлов

*Клиника по ортопедия и травматология, МБАЛ „Св. Анна – Варна“, Варна*

## TRAUMA SYSTEM LAW IN BULGARIA

Stanislav Morfov, Dimitar Trizlov

*Department of Orthopedics and Traumatology, St. Anna Hospital, Varna*

### РЕЗЮМЕ

Съвременният стандарт за спешност в здравната система (травма системата) е гласувана в САЩ през 1992 г., а след това и в много други държави за период от 2–4 години. Дълго време травма системата е неизвестна за страните в Източна Европа, но впоследствие някои от тях я въвеждат. В България тази система в пълния си капацитет не съществува и никога не е била гласувана като закон. В българската здравна система има само елементи от същинската травма система, които работят ATLS, DCS, дефинитивно лечение, когато е възможно, триажна система. Но тези компоненти не са свързани в пълна система, което понижава ефективността им. Съвременният стандарт за спешност (травма системата) е около 70%–80% в здравната система и по тази причина липсата ѝ рефлектира върху качеството на извършваните дейности в нашата страна.

**Ключови думи:** *травма, травма система*

### ВЪВЕДЕНИЕ

Травма системата е организирано, координирано действие в определена географска област, което осигурява пълен обем на лечение на всички травмирани и с критични заболявания пациенти и е интегрирана в локалната система на здравеопазване.

Исторически елементите и предпоставките на системата се оформят в продължение на почти 200 години.

Нуждата от организирано координирано лечебно действие е най-належаща, когато имаме **голям брой пострадали хора по едно и също време** – тогава здравната система силно се затруднява да обслужи всички навреме. Такива нуж-

### ABSTRACT

*The contemporary standard of emergency in the health care system (trauma system) has been voted in the USA in 1992, and after that (in a period of 2–4 years) in many other countries. It has been unknown in countries in Eastern Europe, but some have implemented it. In Bulgaria this system does not exist in its full capacity. It has never been voted as a law. In Bulgarian healthcare system we can see only a few elements from trauma system that work—ATLS, DCS, definitive treatment when it is possible, triage. But those components are not linked into a whole system, which makes them not as effective as they have to be. Contemporary standard of emergency (trauma system) in fact is around 70–80% of health care and that lack of such standard reflects on the quality of all procedures in our country.*

**Keywords:** *trauma, trauma system*

ди най-напред се появяват по време на военни действия. Идеята започва да се дискутира по-ясно от времето на Наполеоновите войни – френският хирург Доминик Ларей (Ларе) реализира концепцията за „летяща болница“ (силно скъсява рамото на евакуация). През Кримската война Н.И. Пирогов въвежда:

1. Принципа на сортировката (триаж), като дели пострадалите в 3 групи – тежки, за незабавно лечение, тежки безперспективни и леки.
2. Описва картината на травматичния шок и неговите 2 фази, както и формулира необходимото поведение.

През Гражданската война в Америка военните лекари допринасят военните болници да

се инкорпорират в структурата на армията. Последното е факт през Руско-турската освободителна война (1877–1878).

През Първата световна война системното лечение на ранените чрез прогресивни медицински ешалони става стандартен протокол.

През Втората световна война окончателно се очертават особеностите на военнополовата хирургия (етапно лечение с евакуация по назначение; налице е медицинско бедствие – голям брой ранени за кратко време; постоянна готовност на военните медицински звена за преместване и хирургична дейност на ново място; зависимост на обема хирургична помощ от бойната и медико-тактическата обстановка; необходимост от военномедицинска доктрина в съответствие с предварително разработени и утвърдени принципи).

Идеята за национална травма система се появява 1961 г., когато Американската армия решава да разкрие звено за клинични проучвания с няколко легла към Университета на щата Мериленд. Първите резултати били толкова впечатляващи, че през 1963 г. Националният научен съвет на САЩ отпуска 800 000 долара за ремонт на пететажен център за лечение на травми в болницата. R. Adams Cowley въвежда 24-часова система на работа със специално обучени специалисти – Институтът за спешно медицинско обслужване на Мериленд и неговия световно известен Shock Trauma Center, като модел на съвременната система за лечение на критични болни и травмирани пациенти. Той инициира използването на полицейски хеликоптери за транспорт на травма пациенти (аналог на военните медицински хеликоптери във Виетнам – скъсили максимално времето за евакуация). Развива специални тренировъчни програми за спасители и болничен персонал. Това отваря пътя на създаване на първата щатска Система за спешно медицинско обслужване в 1973 г.

Meruland Shock Trauma Center става първият базиран в болница травма център, където смъртността намалява от 60% под 10% в наши дни.

Докато военните медици на САЩ (в Корея, Виетнам) развиват системи за лечение на ранените, подобни организирани грижи за цивилните не съществуват – те често попадат в ръцете на неопитен персонал, в лошо оборудвани бази. Благодарение на завърналите се от войната хирурзи, пилоти на медицински хеликоптери и трениран помощен персонал се основава през 1968 г. American Trauma Society (Американско травма общество). Последното активира създаването на

елементите на днешната травма система. Исторически по разбираеми причини първо възникват елементите на военната травма система, която, както е посочено горе, дава импулс на създаване на Националната травма система (днес военната травма система е част от нея).

Използваните днес съвременни системи са структурирани по The Model Trauma Care System Plan – издание на Health Resources Services Administration (1992 г.). Описан е инклузивният модел, при който главният травма център кореспондира с други болници от региона. Травма центърът е болница която обслужва спешни пациенти (наред с други функции).

Най-важната особеност на травма системата е, че ресурсите на доболничните вена и травма центровете (болниците) са пригодени, планирани и тренирани за бърз преход от ежедневен към кризисен ритъм, без да се променя организацията, а промяната е само в количествен аспект.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Правителствата създават и поддържат травма стратегията за ликвидиране на последствията от бедствия на национално, регионално и болнично ниво чрез Национална травма система, управлявана от борд, комисия или комитет на висшата администрация. Предмет на дейността на тази комисия е поддържането на всеобхватна и интегрирана национална система за управление на дейностите при масови бедствия, инциденти и бедствия. Членове на Националната травма комисия, например на Израел, са 25 служители от здравното министерство, армията, полицията, болнични администрации, застрахователи, финансисти и други.

Комисията определя следните правила:

1. Сортировката е основно средство за преодоляване на недостига на персонал.
2. Сортирането става на входа на болницата.
3. Пострадалите се делят на 3 категории – тежки критични (за незабавно лечение), критични безперспективни (без лечение) и леки (за отсрочено лечение).
4. Еднопосочно движение на пациентите в болницата.
5. Операциите се извършват по специални показания.
6. Ограничено е използването на рентген и КАТ.
7. Лечението се извършва по модификация на ATLS.
8. Допълнителни правила: създават се от болницата за пострадали от химични или/и биологично активни агенти.

На територията на една държава броят, видът и пространственото разпределение на травма центровете е различен. Например в Израел има 24 травма центъра:

1. Първа степен – 6 броя (всеки със 700 до 1500 легла). Най-високо ниво на компетентност.
2. Втора степен – 14 броя (всеки с 300 до 700 легла).
3. Трета степен – 4 броя (всеки с 300 до 700 легла). Най-ниско ниво на компетентност.

В травма центъра Първа степен има възможност за:

1. Най-добър и бърз триаж на входа на тежките случаи.
2. Най-бърза и точна диагностика – веднага, на входа.
3. Най-бързо вземане на решения за дефинитивно лечение (след инцидента).
4. Започване на дефинитивното лечение рано, често преди изтичане на „първи златен час“.

В България през 2006 г. започнаха да се провеждат във ВМА курсове по темата. Незнайно защо дейността спря през 2009 г. Консултациите за създаване на Национална травма система също бяха блокирани.

Въпреки това получените от курсистите знания започнаха да се прилагат в лечебната практика доколкото е възможно – започна извършване на триаж на място, формиране на спешни центрове и т.н. Това обаче е крайно недостатъчно, поради което националната реакция по повод разпространението на COVID-19 беше не такава, каквато би била при действаща травма система, установена със съответния закон.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Липсата на правила и обоснован план за противодействие на COVID-19 доведе до абсурдна ситуация:

1. Допускане на дифузното му разпространяване. Първо място по смъртност от COVID-19 в Европа.
2. Неразделяне (фактически) на потоците в болниците и местата за хоспитализация.
3. Демотивиране и напускане на част от персонала.
4. Сигурно следващо увеличаване на броя лекари и сестри, напускащи страната.
5. Увеличаване на смъртността от други заболявания поради закрити отделения, затруднен достъп и изцяло ликвидирани отделения.

## ИЗВОДИ

1. Нужно е спешно планиране и изграждане на Национална травма система.
2. Гласуване на закон за съвременен стандарт на спешна медицинска помощ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Б. Златев, Р. Златев, П. Минчев: Кръш травма и кръш синдром; Военна и травма хирургия – 2015; /ISBN 978-954-322-827-0/ стр. 537-544
2. Военна и травма хирургия, 2015 г. ВМА
3. Закон за управление при кризи: ДВ, бр. 19/01.03.2005 г.
4. П. Минчев, Ас. Петков, Ст. Чупетловски: Структура и функция на „Преден хирургичен екип” /FST/ от армията на САЩ. Съвместна работа на 555 – th FST/US – Army/ и Българската медицинска служба в база „Еко” – Ад Дивания, Ирак; Военна медицина-1/2008, стр. 49-50
5. П. Минчев, М. Скерлев, М. Ицкова, Д. Газибаров: Структура и функция на спешната и неотложна медицинска помощ в районните и университетски болници в Южноафриканската република /обзор/; Военна медицина – 4/2007, стр. 53-55
6. П. Минчев: Открити фрактури на костите на опорно – двигателния апарат; Оперативна хирургия /ISBN 954-972-081-9/ 2006, стр. 112-117
7. Чупетловски Ст.: Военно-гражданско сътрудничество, 2006г; ВА „Г.С.Раковски”
8. Bellamy R.F.: The Nature of Combat injuries and the Role of ATLS in Their Menagement.
9. Emergency war surgery NATO handbook; Washington, DC, 1999, 378–382.
10. Giannou C, M. Balcan: War surgery; Int. Committee of the Red Cross, 2009
11. Hodgetts T.J., P.F. Machony, E. Kirkman: Damage control resuscitation; J.R. Arm. Corps., 2007, 153, 299-300.
12. Hoyt D., R. Coimbra, B. Potenza: Trauma systems, Triage, Transport; In: Trauma – 6 edd.
13. Hoey B.A., C.W. Schwab: Damage control surgery, Scand. J. Surg. 2002, 91, 92-103.

### Адрес за кореспонденция:

Станислав Морфов  
Клиника по ортопедия и травматология  
МБАЛ „Св. Анна – Варна“  
бул. „Цар Освободител“ 100  
Варна, 9000  
stanislav.morfov111@gmail.com