

© Коллектив авторов, 2004

ПУТИ РАЗВИТИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕТСКОЙ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

О.А. Малахов¹, Ю.И. Поздников², К.С. Соловьева²

¹Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва,

²Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург

Представлена динамика показателей травматизма, врожденных и приобретенных заболеваний опорно-двигательного аппарата и инвалидности у детей 0–17 лет в России за 10 лет (1992–2002 гг.). Проанализирована организация специализированной службы на этапах медицинской помощи, определены ее положительные стороны и недостатки. Предложены перспективные направления деятельности органов управления здравоохранением, научных и лечебно-профилактических учреждений по развитию и совершенствованию этой помощи. Основные положения данной статьи представлены авторами в виде программного доклада и обсуждены на конференции детских травматологов-ортопедов России, состоявшейся 7–9 сентября 2004 г. в Воронеже.

Dynamics of the indices of injuries, congenital and acquired diseases of loco-motor system as well as invalidism rate in Russian children during the period from 1992 to 2002 are presented. The organization of specialized traumatologic and orthopaedic care at all medical institutions are analyzed, positive and negative aspects is detected. Perspective directions of activity of public health administrations, scientific as well as treatment-and prophylactic institutions are suggested.

Последние 10 лет характеризуются ростом всех групп болезней детей 0–17 лет и увеличением контингента детей и подростков с хроническими заболеваниями, состоящих на диспансерном учете в детских поликлиниках. Та же тенденция прослеживается в отношении повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата [1–4]. В связи с этим растут нагрузки на специалистов детских учреждений, увеличивается потребность в современных технологиях диагностики, лечения и реабилитации детей.

За период с 1992 по 2002 г. доля болезней костно-мышечной системы в общей структуре детской заболеваемости возросла в 2,5 раза, а врожденных аномалий развития — в 1,4 раза (рис. 1).

Отмечен рост частоты травм, отравлений и других заболеваний, обусловленных воздействием внешних причин (рис. 2). Структура повреждений отличается постоянством, однако тяжесть травм имеет тенденцию к увеличению. Травмы преобладают у мальчиков во всех возрастных группах. Среди видов травм — бытовые (45,6%), уличные (36,9%, в том числе около 1,5% — транспортные), школьные (10,5%), спортивные (3,5%) и пр. Наиболее тяжелые повреждения, множественные и сочетанные травмы связаны с транспортом. Летальность при транспортных травмах достигает 15%.

За 10 лет заболеваемость болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани возросла в 3 раза (рис. 3). При этом общая заболеваемость превышает первично зарегистрированную почти в 2 раза у детей и в 2,5 раза у подростков.

Всероссийская диспансеризация 2002 г. выявила, что у 51,7% детей имеются функциональные отклонения и у 16,2% — хронические заболевания. Отмечается отставание физического развития от возрастной нормы, имеются признаки дисплазии соединительной ткани. Нарушения осанки и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани занимают в структуре распространенности и заболеваемости первое место у подростков 15–17 лет и второе — у детей до 14 лет [1].

С 1992 г. частота впервые выявленных врожденных аномалий развития у детей от 0 до 17 лет увеличилась в 2,3 раза, а их доля в общей заболеваемости возросла с 0,3 до 0,5%. Врожденные аномалии накапливаются в детской популяции. В 2002 г. их распространенность составила 219 случаев на 10 000 детей (рис. 4).

Рост травматизма, в том числе тяжелых дорожно-транспортных травм, высокий уровень врожденных и приобретенных заболеваний опорно-двигательной системы, запоздалая диагностика, ошибки и осложнения при лечении больных, недостаточно развитая система реабилитации являются факторами, способствующими увеличению числа детей-инвалидов (рис. 5) [1, 7]. В структуре причин инвалидности на ортопедическую патологию приходится 18–19%. Среди различных видов ортопедической патологии, обуславливающих первичную инвалидность, наиболее частыми являются заболевания позвоночника (35%), последствия травм (22%), врожденная патология тазобедренного сустава (8%), болезнь Пертеса (8%), врожденная косолапость (3,6%).

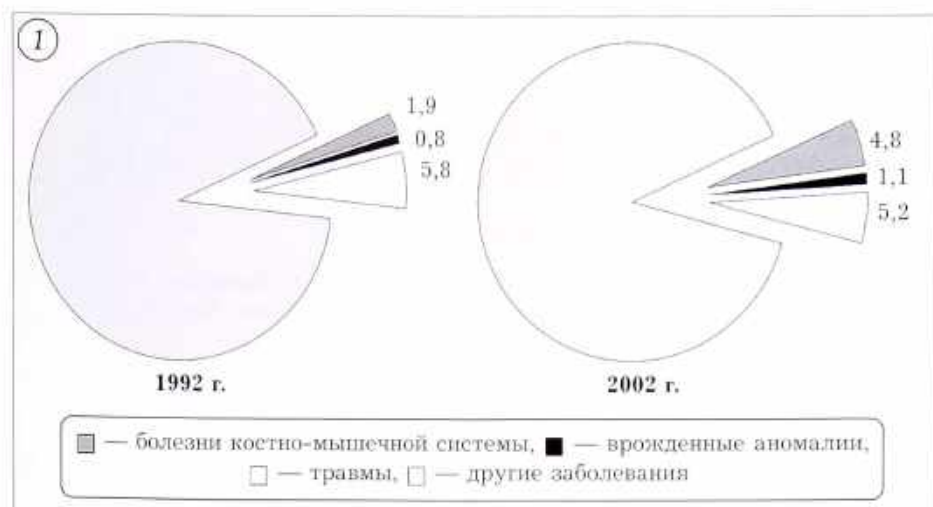


Рис. 1. Повреждения и заболевания опорно-двигательного аппарата в общей структуре заболеваемости детей в 1992 и 2002 гг. (в %).

Рис. 2. Травмы и другие воздействия внешних причин у детей 0-17 лет в 1992-2002 гг. (на 10 000 соответствующего населения).

Рис. 3. Показатели первичной и общей заболеваемости болезнями костно-мышечной системы детей 0-17 лет в 1992-2002 гг. (на 10 000 соответствующего населения).

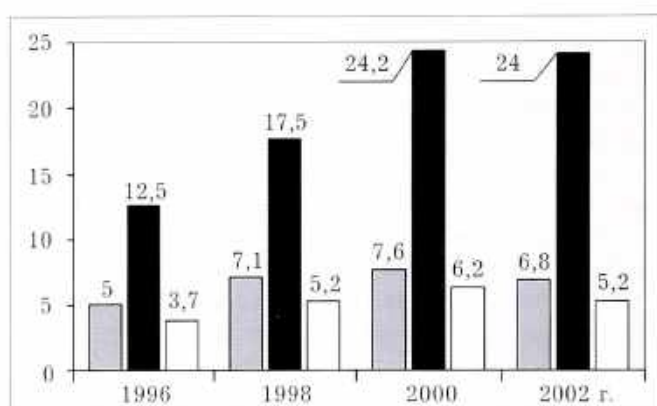
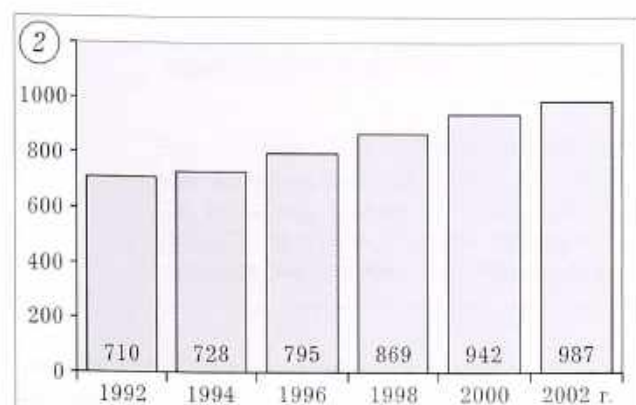


Рис. 4. Показатели первичной и общей заболеваемости по врожденным аномалиям (порокам развития) детей 0-17 лет в 1992-2002 гг. (на 10 000 соответствующего населения).

Рис. 5. Распределение детей-инвалидов 0-15 лет по заболеваниям, обусловившим возникновение инвалидности, в 1996-2002 гг. (на 10 000 соответствующего населения). Обозначения те же, что на рис. 1.

За долгие годы в России сложилась система травматолого-ортопедической помощи детям и подросткам, включающая в себя диагностические центры, травматологические отделения и ортопедические кабинеты в детских поликлиниках, специализированные отделения детских больниц, стационары одного дня, сеть учреждений восстановительного лечения, имеющих различную ведомственную подчиненность (санатории, школы-интернаты, сады и ясли). Накоплен положительный опыт диагностики,

лечения и реабилитации при повреждениях и заболеваниях опорно-двигательного аппарата у детей и подростков, постоянно повышается уровень знаний специалистов. Создана секция детских травматологов-ортопедов в составе Ассоциации травматологов-ортопедов России. Ежегодно проводятся научно-практические конференции по актуальным вопросам специальности [5-7].

Появились новые технологии диагностики и лечения, которые нуждаются в дальнейшем разви-

тии и внедрении. Например, отечественный метод скрининг-диагностики «Компьютерная фотометрия (топография)» дает возможность проводить объективную оценку состояния позвоночника и стоп в трехмерном пространстве, наблюдать за динамикой лечения. Метод характеризуется высокой производительностью и может применяться как в условиях лечебных учреждений, так и при массовых осмотрах. В Москве и Московской области развиваются и новые организационные формы привлечения сил и средств медицины катастроф для лечебно-эвакуационного обеспечения детей, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях.

Однако сегодня детская травматолого-ортопедическая служба испытывает организационные, материально-технические и финансовые трудности, имеющиеся недостатки требуют исправления [6, 7].

Система в полном объеме функционирует только в крупных городах. В населенных пунктах с численностью детского населения менее 15 тыс. и в сельской местности ортопедическая помощь недоступна, а дети с травмами получают амбулаторную и стационарную помощь в учреждениях взрослой сети. В большинстве территорий нет консультативных поликлиник, из-за малой мощности амбулаторной ортопедической службы невозможно организовать осмотры всех новорожденных, проводить квалифицированные профилактические осмотры, осуществлять диспансерное наблюдение больных детей. Отсутствуют специализированные детские травматологические койки в Курской, Кировской, Саратовской областях, в республиках Алтай, Тыва, Хакасия. Не выделены ортопедические койки в Тульской, Мурманской и Пензенской областях, в республиках Мордовия, Удмуртия, Алтай, Бурятия, Саха (Якутия). Ежегодно более трети детей с травмами госпитализируются во взрослые стационары.

Дети с тяжелыми деформациями, нуждающиеся в высокотехнологичных видах помощи и оперативных вмешательствах в федеральных высококвалифицированных учреждениях, неоправданно долго задерживаются в регионах и даже оперируются на местах при отсутствии там достаточных материально-технических средств и подготовленных для такой сложной работы кадров. Возникают рецидивы и осложнения, увеличивается число детей-инвалидов.

Недостаточно материально-техническое оснащение и финансирование специализированных учреждений многих территорий России. В частности, отсутствует диагностическая аппаратура (аппараты для ультразвуграфии, компьютерной фотометрии), неудовлетворительно оснащены и требуют ремонта многие специализированные травматолого-ортопедические отделения, учреждения восстановительного лечения.

Имеются трудности с кадровым обеспечением службы. В большинстве регионов отмечается снижение численности врачей и особенно медицин-

ских сестер, малый приток молодых врачей в специальность. Отсутствие квалифицированных специалистов и большое количество совместителей, прежде всего в амбулаторной сети, приводит к запоздалой диагностике и ошибкам в лечении, особенно при врожденной патологии органов опоры и движения. До сих пор не решены вопросы интернатуры и последипломной подготовки детских травматологов-ортопедов. Остается нерешенным вопрос о возможности выделения детской травматологии и ортопедии в отдельную специальность.

Опыт работы стационарных и амбулаторных восстановительных центров показал целесообразность этой формы организации помощи и их высокую эффективность, особенно в связи с сокращением длительности пребывания детей в стационарах. Однако в большинстве административных регионов России сеть восстановительных учреждений развита недостаточно: не хватает мест соответствующего профиля в санаториях, детских дошкольных учреждениях, не решена проблема восстановительного лечения подростков в детских санаториях и восстановительных центрах. Число школ-интернатов для детей, больных сколиозом, хорошо зарекомендовавших себя за десятки лет существования, не только не увеличивается, но и сокращается.

В различного вида протезах, ортопедических аппаратах и обуви нуждаются дети и с полной утратой функции, и с умеренно выраженной патологией. Отсутствие в лечебном комплексе использования протезно-ортопедических изделий снижает его эффективность, может приводить к рецидивам деформаций. Однако во многих регионах протезно-ортопедические изделия трудно приобрести, стоимость их высока, а качество не всегда удовлетворительное.

В силу сложившихся финансово-экономических причин связи между научно-исследовательскими, образовательными институтами и учреждениями практического здравоохранения, между областными (краевыми, республиканскими) медицинскими центрами и лечебно-профилактическими учреждениями районов и сельской местности нарушились.

До сих пор на федеральном уровне отсутствуют рекомендации по оптимальному алгоритму диагностики и лечения детей различных возрастов с травмами, врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, по оценке качества медицинской помощи. Целесообразно, чтобы Министерство здравоохранения и социального развития РФ заказывало такие разработки на конкурсной основе через систему грантов.

Рост частоты функциональных нарушений костно-мышечного аппарата у детей и подростков, выявленный при Всероссийской диспансеризации, диктует необходимость более внимательно относиться специалистам к физическому состоя-

нию и физическому развитию здоровых детей, ставит задачи пересмотра норм и требований на занятиях физкультурой в школах, повышения информированности общества по вопросам профилактики деформаций и заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Таким образом, специализированная травматолого-ортопедическая помощь детям России нуждается в совершенствовании. Этому будет способствовать принятие концепции развития и совершенствования специализированной службы. Предложения по ее разработке представили ведущие травматологи-ортопеды России. Проект концепции был передан в Министерство здравоохранения и социального развития РФ.

Целями травматолого-ортопедической службы, согласно проекту концепции, являются:

- восстановление здоровья детей после повреждений опорно-двигательного аппарата, достигаемое за счет ранней диагностики, своевременного оказания специализированной помощи, повышения качества лечения и реабилитации больных с травмами и их последствиями. Снижение детского травматизма путем расширения участия медицинских работников в мероприятиях по его профилактике;

- оказание эффективной ортопедической помощи детям от 0 до 17 лет с врожденными и приобретенными заболеваниями и деформациями опорно-двигательного аппарата, обеспечение ее доступности, этапности и преемственности;

- профилактика инвалидности в связи с последствиями повреждений и заболеваниями опорно-двигательного аппарата;

- профилактика развития функциональных отклонений в состоянии костно-мышечной системы у детей, посещающих детские дошкольные и общеобразовательные учреждения, на основе внутри- и межведомственного взаимодействия.

К основным задачам относятся:

- совершенствование нормативных документов, регламентирующих финансирование и условия оказания специализированной помощи;

- определение на федеральном уровне лицензионных требований к специализированным амбулаторным и стационарным подразделениям, оказывающим травматолого-ортопедическую помощь детям и подросткам на разных этапах, их задач и возможностей, объема выполняемых диагностических и лечебных мероприятий для обеспечения высокого качества специализированной помощи;

- укрепление материально-технической базы лечебно-диагностических и реабилитационных учреждений;

- проведение научных исследований по разработке новых и совершенствованию существующих технологий диагностики, лечения и реабилитации при травмах и их последствиях, ожогах, врожденных и приобретенных заболеваниях опорно-двигательного аппарата;

- поэтапное введение на федеральном уровне протоколов ведения детей с травмами и распространенными ортопедическими заболеваниями;

- организация систематической подготовки, переподготовки и усовершенствования врачей детских травматологов-ортопедов и среднего медицинского персонала;

- обучение врачей смежных специальностей и работников среднего звена по вопросам детской травматологии и ортопедии (ранняя диагностика врожденной патологии, профилактика детской инвалидности);

- создание на базе республиканских (краевых, областных и межобластных) медицинских центров федеральных округов РФ научно-практических хирургических центров для консультирования и стационарного лечения детей с тяжелыми травмами, ожогами и их последствиями, врожденными и приобретенными ортопедическими заболеваниями;

- укрепление научно-методических и практических связей между научными и образовательными учреждениями федеральных округов, разрабатывающими и применяющими высокотехнологичные методы диагностики, лечения и реабилитации, и учреждениями практического здравоохранения.

Известно, что диагностика и лечение травм у детей имеют значительные отличия от таковых у взрослых, а заболевания опорно-двигательного аппарата в большинстве своем проявляются и подлежат лечению с самого раннего возраста. Поздно выявленная и вследствие этого не излеченная в детстве ортопедическая патология приводит к накоплению детей-инвалидов и инвалидов с детства. Это делает необходимым введение специальности «Детская травматология и ортопедия».

Должны быть определены критерии физических нагрузок для детей с функциональными отклонениями в состоянии опорно-двигательного аппарата для включения элементов лечебной гимнастики в программы уроков физкультуры массовых школ. Потребуется согласование на межведомственном уровне с Министерством образования вопросов восстановительного лечения детей и подростков с последствиями травм и заболеваниями опорно-двигательного аппарата в дошкольных и школьных учреждениях, реабилитационных центрах и санаториях различной ведомственной подчиненности.

На отдельных перспективных направлениях развития службы следует остановиться подробнее.

1. Органы управления здравоохранением территорий России нуждаются в нормативных документах, регламентирующих состояние, финансирование и развитие службы. До сих пор при решении вопросов о численности и нагрузке специалистов в стационарах, о нагрузке травматологов и ортопедов на амбулаторных приемах, количестве коек и мест в учреждениях восстановительного лечения приходится использовать документы Минздрава СССР. Хронометраж работы специалистов

в поликлиниках показал недостаточность времени, выделенного на амбулаторный прием ортопедических больных (12 мин) и пострадавших с травмами (7 мин) [8].

Приказ Минздрава РФ № 140 от 20.04.99 «О мерах по совершенствованию травматолого-ортопедической службы» не содержит нормативов по потребностям детского населения в специализированных учреждениях, травматологических и ортопедических койках, по штатному расписанию и нагрузке врачей перечисленных выше структурных подразделений. В настоящее время это создает большие сложности при формировании службы в субъектах Федерации и препятствует ее развитию.

Приказом Минздрава РФ № 371 от 16.10.01 «Штатные нормативы медицинского персонала детских городских поликлиник в городах с населением свыше 20 тысяч человек» утвержден штатный норматив для врачей травматологов-ортопедов: 0,75 должности на 10 тыс. детей 0–17 лет. Хотя наша специальность называется «травматология-ортопедия», фактически к врачам обращаются два потока больных: к ортопедам в плановом порядке идут дети с заболеваниями костно-мышечной системы и с врожденными пороками развития, а к травматологам обращаются дети с травмами для получения экстренной помощи. Поэтому в амбулаторно-поликлинических условиях по сути дела надо рассматривать две специальности с различными формами подразделений в лечебно-поликлинических учреждениях. Двойственность специальности требует выделения 0,75 должности врачей травматологов на 10 тыс. детей для оказания экстренной помощи в амбулаторной сети и столько же — ортопедов для осуществления консультативной помощи и лечения в амбулаторных условиях детей с заболеваниями и врожденными пороками развития опорно-двигательного аппарата, проведения профилактических осмотров детей в установленные сроки.

В травматологических отделениях (пунктах) поликлиник дети с травмами получают экстренную помощь, а затем продолжают лечение у того же врача до полного излечения. Двухсменный без выходных дней травматологический прием было бы целесообразно выделять как районный, межрайонный и городской на детское население 60 тыс. человек в возрасте от 0 до 17 лет включительно. Для обеспечения его работы необходимо минимум 4,5 ставки врача, 8 должностей медицинских сестер. При большем числе детей в зоне обслуживания количество должностей увеличивается, выделяется освобожденный заведующий отделением. Нагрузка врача на первичном приеме оптимально может составить в среднем 12–14 мин на одного пострадавшего, на повторном приеме — 7 мин. Организация в детской поликлинике односменного травматологического приема с выходными днями нецелесообразна, так как время обращения за эк-

стренной помощью детей с травмами не поддается регламентированию. Лучше выделять детский прием при круглосуточно работающем травматологическом пункте для взрослых.

В ортопедическом кабинете дети получают лечение в плановом порядке, часть больных находится на диспансерном учете и наблюдается вплоть до перехода во взрослую сеть. В задачи детского ортопеда также входит проведение массовых профилактических осмотров детского населения в сроки, определенные приказом Минздрава РФ № 151 от 07.05.98, и патронаж родильных домов. Ортопедический кабинет организуется как районный, межрайонный или городской на 12–13,5 тыс. детского населения. Прием осуществляет минимально один врач по графику (утро—вечер) с выделением дней для приема диспансерной группы детей (в том числе детей-инвалидов) и дней для профилактической работы в зоне обслуживания. Ортопеду придается одна должность медицинской сестры. Нагрузка ортопеда на прием одного больного в поликлинике составляет в среднем 15 мин, при профилактическом осмотре — 8 мин на пациента.

В стационарах было бы целесообразно уменьшение числа коек, приходящихся на одного детского травматолога-ортопеда, в двух случаях: 1) если при медицинском (научном) центре создано амбулаторное подразделение, где врачи стационара оказывают консультативную помощь и принимают больных, выписанных из стационара, для наблюдения за процессом реабилитации и составления плана последующего лечения; 2) если в республиканском (областном, краевом) медицинском центре в должностные обязанности врача входят выезды в районы области для консультативной и/или профилактической работы.

2. Концепция предполагает следующую структуру специализированной службы в городах с различной численностью населения, включая 25% детей в возрасте от 0 до 17 лет.

Города с населением один миллион человек и более:

- республиканский, краевой, областной и городские диагностические консультативные центры, оснащенные современной диагностической аппаратурой и укомплектованные кадрами;
- городские, межрайонные и районные (круглосуточные или двухсменные без выходных) детские травматологические пункты в детских поликлиниках или при многопрофильных детских больницах. Двухсменные без выходных травматологические приемы детей при взрослых травматологических пунктах. В этих учреждениях оказывается неотложная помощь детям при травмах опорно-двигательного аппарата и в дальнейшем здесь же продолжается лечение каждого ребенка до полного излечения;
- городские, межрайонные и районные ортопедические кабинеты в детских поликлиниках. Орто-

педы осуществляют профилактические осмотры детей в 3 мес, 1 и 3 года, 10, 14, 16–17 лет, проводят лечение и диспансерное наблюдение за детьми с врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, с последствиями травм, в том числе за детьми-инвалидами в связи с ортопедической патологией;

- детские травматологические, ортопедические, травматолого-ортопедические и ожоговые отделения в клиниках институтов, в республиканских, краевых, областных и городских больницах;

- городские, межрайонные и районные детские центры восстановительной медицины и реабилитации, возможно с дневным стационаром;

- специализированные санатории для лечения детей с патологией опорно-двигательного аппарата;

- детские сады, специализированные или имеющие группы для пребывания и реабилитации детей с заболеваниями органов опоры и движения, школы для детей, больных сколиозом.

Города с населением от 500 тыс. до миллиона человек:

- республиканский, краевой или областной диагностические консультативные центры, оснащенные современной диагностической аппаратурой и укомплектованные кадрами, оказывающие консультативную помощь населению области (республики, края);

- городские, межрайонные и районные двухсменные детские травматологические пункты при детских поликлиниках или при стационарах, двухсменные без выходных травматологические приемы при взрослых травматологических пунктах для оказания неотложной помощи детям с травмами опорно-двигательного аппарата и продолжения лечения каждого ребенка до полного излечения. Односменные приемы травматолога в поликлиниках с отсутствием приема в выходные дни не должны иметь места, так как это противоречит принципам доступности, своевременности и неотложности первой помощи при травмах. Передача врачам поликлиник повторных приемов пострадавших нарушает непрерывность наблюдения врача за каждым случаем травмы;

- городские и межрайонные ортопедические кабинеты в детских поликлиниках;

- детские травматологические, ортопедические, травматолого-ортопедические и ожоговые отделения в республиканских, краевых, областных и городских больницах;

- межобластные, городские или межрайонные детские центры восстановительной медицины и реабилитации;

- специализированные санатории для лечения детей с патологией опорно-двигательного аппарата на одну или несколько областей;

- детские сады, специализированные или имеющие группы для пребывания и реабилитации детей с заболеваниями органов опоры и движения;

- межобластные или областные школы для детей, больных сколиозом.

Города с населением от 100 до 500 тыс. человек:

- диагностический консультативный кабинет при областной или районной больнице, оснащенный диагностической аппаратурой и укомплектованный кадрами, оказывающий консультативную помощь населению области и района;

- городские, межрайонные и районные двухсменные детские травматологические отделения в детских поликлиниках или двухсменные травматологические приемы при взрослых травматологических пунктах для оказания неотложной помощи детям при травмах опорно-двигательного аппарата и продолжения лечения каждого ребенка до полного излечения. Односменные приемы травматолога в поликлиниках с отсутствием приема в выходные дни не должны иметь места на основаниях, приведенных выше;

- городской или межрайонные ортопедические кабинеты в детских поликлиниках;

- детские травматологические, ортопедические, травматолого-ортопедические и ожоговые отделения в областных и городских больницах;

- специализированные группы в детских садах для пребывания и реабилитации детей с заболеваниями органов опоры и движения;

- возможность направлять детей в областные или межобластные детские центры восстановительной медицины и реабилитации, в специализированные санатории для лечения детей с патологией опорно-двигательного аппарата;

- возможность направлять детей со сколиозом в межобластные или областные школы-интернаты.

Малые города и населенные пункты с населением до 100 тыс человек:

- двухсменные детские травматологические приемы, включая работу в выходные дни, в детских поликлиниках или при взрослых травматологических пунктах для оказания экстренной помощи детям при травмах опорно-двигательного аппарата и продолжения лечения каждого ребенка до полного излечения;

- городской ортопедический кабинет в детской поликлинике;

- детское травматолого-ортопедические отделение или травматологические койки в детском хирургическом отделении в городской больнице;

- специализированные группы в детских садах для пребывания и реабилитации детей с заболеваниями органов опоры и движения;

- возможность направлять детей в межобластные детские центры восстановительной медицины и реабилитации или в специализированные санатории для лечения детей с патологией опорно-двигательного аппарата;

- возможность направлять детей со сколиозом в межобластные или областные школы-интернаты.

В населенных пунктах и в сельской местности, где детское население не превышает 15 тыс., помощь при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата осуществляется в соответствии с перечисленным выше.

гательного аппарата дети получают у детских хирургов, у травматологов-ортопедов взрослой сети, у средних медицинских работников. Для этих регионов особенно важны регулярно повторяемое обучение специалистов разного профиля методам оказания первой помощи при травмах и выявлению ранних признаков врожденной патологии опорно-двигательного аппарата, а также возможность направления детей на консультацию, лечение и реабилитацию в областные и межобластные лечебно-профилактические учреждения.

3. Для развития службы и реализации рассматриваемой концепции исключительно важной является научная деятельность институтов травматологии и ортопедии, детской хирургии и одноименных кафедр в образовательных учреждениях. В их задачи входит:

- разработка новых и совершенствование существующих технологий диагностики, лечения и реабилитации детей с повреждениями и их последствиями, ожогами и их последствиями, врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата;
- внедрение высокотехнологичных видов медицинской помощи с целью снижения уровня инвалидности детей от травм и наиболее распространенных ортопедических заболеваний;
- разработка на федеральном уровне клинических протоколов ведения детей при травмах и распространенных ортопедических заболеваниях. Принятие протоколов с обязательным и дополнительным набором диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий поможет практическим врачам в их деятельности, позволит судить о качестве специализированной помощи, создаст основу для взаимодействия лечебных учреждений со страховыми компаниями;
- разработка лицензионных требований к специализированным амбулаторным и стационарным подразделениям на этапах оказания медицинской помощи, определение их задач и возможностей, объема оказания помощи.

4. Чрезвычайно важными для улучшения специализированной помощи являются эффективная подготовка и усовершенствование кадров по травматологии и ортопедии. Они должны осуществляться на основе единой государственной системы по государственным стандартам. Детскому травматологу-ортопеду необходимы глубокие знания как по специальности, так и по смежным дисциплинам: хирургии, анестезиологии, реабилитации, педиатрии, неврологии и др. Данная система должна включать:

- базовую подготовку специалистов (лечебные и педиатрические факультеты медицинских вузов);
- интернатуру по детской хирургии, включая цикл занятий на клинических амбулаторных и стационарных базах, где проводится лечение детей с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата;

- первичную специализацию по травматологии и ортопедии сроком от 3 до 12 мес на клинических амбулаторных и стационарных базах, где проводится лечение детей с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Опыт показывает, что целесообразно готовить специалистов не только на кафедрах детской хирургии, но и использовать для этих целей кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии вузов, специализированные отделения научно-исследовательских институтов;

- двухгодичную клиническую ординатуру в клиниках учебных и научно-исследовательских институтов, на профильных кафедрах институтов последипломного образования;

- регулярное раз в 5 лет последипломное обучение специалистов в области травматологии и ортопедии на соответствующих кафедрах институтов последипломного образования, на циклах общего и тематического усовершенствования, включая сертификационные циклы;

- усовершенствование на рабочих местах по определенной тематике в сроки от 1 до 6 мес в клиниках учебных и научно-исследовательских институтов, в институтах последипломного образования в соответствии с характером работы врача и занимаемой должностью;

- участие в научно-практических мероприятиях Министерства здравоохранения и социального развития России.

Дети с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата могут первично обращаться к врачам различных специальностей (микрopedиатры, педиатры, семейные и школьные врачи, неврологи) и к медицинским работникам среднего звена. Поэтому необходимо включать в учебные программы кафедр повышения квалификации для врачей перечисленных специальностей и медицинских работников среднего звена вопросы оказания неотложной помощи при травмах и ознакомление с признаками врожденной патологии органов опоры и движения для их ранней диагностики. Под руководством главных специалистов административных территорий следует проводить регулярные занятия по данной тематике в регионах.

Необходимо обучать приемам оказания первой доврачебной помощи при травмах людей немедицинских специальностей, которые при выполнении своих должностных обязанностей общаются с широким кругом детского населения: учителей и воспитателей детских учреждений, работников милиции, шоферов и др. Травматологи-ортопеды должны иметь возможность использовать средства массовой информации для обучения населения профилактике травматизма и приемам оказания помощи.

Должны быть определены критерии физических нагрузок для детей с функциональными отклонениями в состоянии опорно-двигательного аппарата для включения элементов лечебной гим-

настики в программы уроков физкультуры массовых школ.

5. Концепция предполагает укрепление материально-технической базы специализированных амбулаторных, стационарных и реабилитационных учреждений, выполнение ремонта и реконструкции объектов детского травматолого-ортопедического профиля.

Многие консультативные и амбулаторные учреждения испытывают потребность в оснащении диагностической аппаратурой (ультрасонографические аппараты с датчиками для исследования костной ткани, аппараты компьютерной фотометрии для скрининговых осмотров детского населения). Стационарные травматолого-ортопедические отделения детских республиканских (краевых, областных) медицинских центров и научных учреждений нуждаются в дооснащении их современным оборудованием и медицинской техникой. Например, требуется приобретение операционных ортопедических столов, наркозно-дыхательной аппаратуры для детей младшего возраста, рентгеновских установок с электронно-оптическим преобразователем, аппаратов и комплектов инструментария для выполнения оперативных вмешательств и пр.

Координация деятельности специализированной службы в каждом отдельном субъекте России возложена на внештатных главных детских травматологов-ортопедов, начиная от Министерства здравоохранения и социального развития России, территориальных округов, республик (в составе России), краев до отдельных областей, городов. Должностные обязанности этих специалистов широки: организационно-методическая работа, анализ травматизма и ортопедической заболеваемости в регионе, внедрение современных технологий диагностики, лечения и реабилитации, участие в работе по повышению квалификации кадров и повышению качества помощи. Однако деятельность внештатных специалистов не поддерживается фи-

нансово и не предусматривает уменьшения нагрузки на их основной должности.

Предложения по развитию и совершенствованию детской травматолого-ортопедической помощи не могут быть реализованы без одобрения и участия Министерства здравоохранения и социального развития. Выполнение задач, стоящих перед специальностью, должно начинаться на федеральном и на региональном уровнях. Решение вопроса мы видим в создании целевых федеральных и территориальных программ, определяющих развитие детской травматолого-ортопедической службы как в масштабах России, так и в каждом субъекте Российской Федерации. Эти комплексные программы должны строиться с учетом особенностей каждого региона и опираться на поддержку администрации субъекта.

Успех в реализации программы будет зависеть от работы и профессиональных знаний всех детских травматологов-ортопедов страны, от их заинтересованности в улучшении службы, от энергии и умения создать коллектив единомышленников для достижения поставленной цели.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г.). — М., Минздрав России, 2003. — С. 8–65.
2. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения: Стат. материалы. — М., 1992–2001.
3. Заболеваемость населения России в 2002 году: Стат. материалы. — М., 2003. — Ч. 1 и 2.
4. Социально значимые заболевания населения России в 2002 году: Стат. материалы. — М., 2003.
5. Малахов О.А. //Вестн. травматол. ортопед. — 2001. — N 3. — С. 3–6.
6. Малахов О.А., Андреева Т.М., Тарасов В.И., Грибова И.В. //Там же — 2003. — N 4. — С. 3–8.
7. Поздныкин Ю.И., Соловьева К.С. //Там же. — 1999. — N 4. — С. 61–64.
8. Соловьева К.С., Давыдова Т.А. //Травматол. ортопед. России. — 2002. — N 3. — С. 107–112.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Конференция детских травматологов-ортопедов России

(7–9 сентября 2004 г., Воронеж)

В работе конференции приняли участие 178 детских травматологов-ортопедов из 43 административных территорий России, а также гости из Белоруссии. В числе участников — 23 доктора и 53 кандидата медицинских наук, сотрудники научно-исследовательских и образовательных учреждений, врачи, работающие в практическом здравоохранении. Наибольшие группы участников представили Воронеж (37), Москва (38), Санкт-Петербург (24), Саратов (7), Курган (6). В связи с необхо-

димостью принять на лечение детей из Беслана в Москву были срочно отозваны 10 сотрудников ЦИТО во главе с главным детским травматологом-ортопедом Министерства здравоохранения и социального развития России проф. О.А. Малаховым. Участники конференции гневно осудили беспрецедентный по жестокости террористический акт в Беслане, где в заложники были взяты и безжалостно расстреливались дети, и почтили память погибших минутой молчания.