

© Коллектив авторов, 2003

**ВАЖНЕЙШИЕ ЗАДАЧИ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕТСКОЙ
ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ
(ПО МАТЕРИАЛАМ ДОКЛАДА НА СИМПОЗИУМЕ ДЕТСКИХ ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ РОССИИ)**

О.А. Малахов, Т.М. Андреева, В.И. Тарасов, И.В. Грибова

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

Рассмотрены основные показатели, характеризующие состояние травматолого-ортопедической помощи детскому населению Российской Федерации в 2002 г. Приведены данные о распространенности травм и болезней костно-мышечной системы среди детей и подростков, представлены сведения о кадрах специалистов и использовании коечного фонда. В качестве одного из направлений совершенствования детской специализированной травматолого-ортопедической службы предложено создание целевых территориальных программ, в которых должны быть учтены особенности региона, определены объем и характер оказываемой помощи для каждого учреждения, предусмотрены этапность и преемственность в лечении.

Main indices characterizing pediatric traumatologic and orthopedic care in the Russian Federation are presented. Rates of children traumata and skeletomuscular pathology are given. One of the directions to perfect the specialized traumatologic and orthopedic care for children is the creation of special regional program.

Здоровье детей и подростков является одним из важнейших ресурсов развития нашей страны, как и любого другого государства. В настоящее время его состояние вызывает серьезную озабоченность. Существенный урон здоровью подрастающего поколения наносят травматические повреждения и болезни костно-мышечной системы, уровень которых не снижается. За последние 5 лет ортопедическая заболеваемость у детей возросла в 1,8, а травматизм — в 1,2 раза. Как следствие этого в стране сохраняются высокие показатели инвалидности в связи с тяжелыми травмами и патологией костно-мышечной системы. В общей структуре причин инвалидности у детей заболевания костно-мышечной системы и последствия травм составляют 11,3%, т.е. инвалидность у каждого 10-го ребенка обусловлена патологией опорно-двигательного аппарата. В 2002 г. были признаны инвалидами в связи с тяжелым поражением костно-мышечной системы 48 543 ребенка и подростка: 37,3% — в связи с травматическими повреждениями и 62,7% — в связи с тяжелыми заболеваниями. По сравнению с 2001 г. число детей-инвалидов снизилось на 10%, однако из-за уменьшения общей численности детского населения интенсивный показатель инвалидности изменился незначительно. Мальчики становятся инвалидами в 1,5 раза чаще девочек, при этом если показатели инвалидности вследствие заболеваний костно-мышечной системы у мальчиков и девочек соотносятся как 1,1:1, то показатели инвалидности вследствие травм — как 2,1:1. Такая тенденция отмеча-

ется уже в возрастной группе от 0 до 4 лет, приобретая максимальную выраженность у подростков 15–17 лет.

В целом по Российской Федерации показатель инвалидности в 2002 г. был равен 15,5 на 10000 детей и подростков, у мальчиков он составил 17,8, у девочек — 13,1. В табл. 1 представлены показатели инвалидности вследствие травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата по федеральным округам.

Согласно данным официальной статистики, в Южном, Сибирском и Дальневосточном округах показатель инвалидности превышает среднероссийский в 1,2 раза. В Центральном федеральном округе самые высокие показатели отмечены в Белгородской области, причем это в равной мере относится к инвалидности мальчиков и девочек, к инвалидности вследствие травм и болезней опорно-двигательного аппарата. В Южном федеральном округе неблагоприятными территориями в плане инвалидности детского населения являются республики Дагестан и Калмыкия, в которых показатели превышают средний по стране в 1,9 и 2,2 раза соответственно.

Показатель инвалидности увеличивается с возрастом детей, достигая максимума у 15-летних (табл. 2). Среди всех детей-инвалидов дети в возрасте от 0 до 4 лет составляют 5,9%, 5–9-летние — 17,5%, дети в возрасте 10–14 лет — 39,6%, 15-летние — 12,9% и подростки 16–17 лет — 24,1%.

Структура причин инвалидности вследствие заболеваний костно-мышечной системы, по дан-

Табл. 1. Инвалидность вследствие травм и болезней костно-мышечной системы у детей и подростков (0–17 лет) в 2002 г. по федеральным округам

Территории	Показатель инвалидности (на 10000 соответствующего населения)								
	мальчики			девочки			оба пола		
	травмы	БКМС	всего	травмы	БКМС	всего	травмы	БКМС	всего
Российская Федерация	7,9	9,9	17,8	3,6	9,5	13,1	5,8	9,7	15,5
Центральный ФО	5,7	9,3	15,0	2,4	9,2	11,6	4,1	9,3	13,4
Северо-Западный ФО	7,3	10,1	17,4	3,8	6,9	10,7	5,6	10,6	16,2
Южный ФО	9,8	13,1	22,9	4,5	11,2	15,7	7,2	12,1	19,3
Приволжский ФО	6,6	8,7	15,3	2,7	8,3	11,0	4,7	8,5	13,2
Уральский ФО	6,8	8,4	15,2	3,4	8,3	11,7	5,1	8,4	13,5
Сибирский ФО	10,3	9,6	19,9	4,7	9,8	14,5	7,6	9,7	17,3
Дальневосточный ФО	12,6	10,5	23,1	5,7	9,7	15,4	9,2	10,1	19,3

Обозначения: ФО — федеральный округ; БКМС — болезни костно-мышечной системы.

ным официальной статистики, выглядит следующим образом: первое место занимают остео- и хондропатии (39,9%), на втором месте — реактивные и ювенильные артропатии (13,3%), на третьем — системное поражение соединительной ткани (7,3%), и по-прежнему большая доля заболеваний (39,5%) остаются нерасшифрованными. В среднем по стране показатель инвалидности вследствие остео- и хондропатий у детей в возрасте от 0 до 17 лет составляет 3,9 на 10000 населения, при этом отмечаются значительные колебания его по регионам: от 1,6 в Саратовской области до 9,4 и 13,7 в Кабардино-Балкарской республике и республике Калмыкия соответственно.

Высокие показатели инвалидности в связи с ортопедической патологией и последствиями тяжелых механических повреждений диктуют необходимость совершенствования травматолого-ортопедической службы в России. Однако любая реорганизация требует объективной оценки состояния отрасли. К сожалению, данных официальной статистики не всегда хватает для отражения истинного положения дел на местах. Для получения необходимой информации ЦИТО совместно с Минздравом РФ провели анкетирование территорий Российской Федерации. Получены отчеты из 52 административных территорий, что превысило по-

Табл. 2. Инвалидность вследствие травм и заболеваний костно-мышечной системы у детей и подростков в 2002 г. в возрастном аспекте

Возрастная группа	Показатель инвалидности		
	абс.	на 10000 населения	удельный вес, %
0–4 года	2858	4,6	5,9
5–9 лет	8496	12,0	17,5
10–14 лет	19215	17,8	39,6
15 лет	6271	25,1	12,9
16–17 лет	11703	24,2	24,1
Всего (0–17 лет)	48543	15,5	100,0

ловину генеральной совокупности (61,9%). Анализ данных, поступивших с мест от главных детских травматологов-ортопедов, показал, что детская специализированная травматолого-ортопедическая служба испытывает в настоящее время серьезные трудности. Обеспеченность специализированной помощью в регионах остается низкой — это в равной мере относится как к амбулаторной, так и к стационарной службе.

По поводу травм, отравлений и последствий воздействия других внешних причин в 2002 г. за медицинской помощью обратилось около 3 млн детей. К сожалению, оценить динамику травматизма за последние 2 года не представилось возможным, поскольку с 2002 г. в отчетах официальной статистики изменились рамки детского возраста. Если раньше это был промежуток от 0 до 14 лет включительно, то теперь — с 0 до 17 лет.

Следует учесть, что обращаемость по поводу травм характеризует не истинную, а лишь зарегистрированную заболеваемость. Так, например, в Центральном федеральном округе этот показатель колеблется от 168,6 на 1000 соответствующего населения в г. Москве до 46,8 в Воронежской области. Недоучет травм в Воронежской области можно подтвердить соотношением «госпитализированных» и «амбулаторных» травм. Если в целом по региону оно составляет 1:5, то в Воронежской области — 1:2, т.е., согласно представленным данным, каждый второй ребенок, получивший травму, госпитализируется. Задача главных детских травматологов-ортопедов — наладить учет травм в регионах, что необходимо для проведения целенаправленной профилактической работы.

Анализ травм по месту их получения показывает, что если 10 лет назад преобладали травмы, полученные в быту, и на их долю приходилось до 50–60%, то сейчас уровень бытового и уличного травматизма почти сравнялся, а в некоторых регионах страны (Белгородская, Ивановская, Ярославская области, г. Москва) уличные травмы преобладают среди всех остальных травм.

Особое место занимает автодорожный травматизм, основной особенностью которого является тяжесть травматических повреждений. Составляя всего 4–6% в структуре детского травматизма, автотранспортная травма лидирует по частоте смертельных исходов и неблагоприятных последствий. Анализ сложившейся ситуации свидетельствует о том, что высокая летальность в немалой степени объясняется неправильной организацией медицинской помощи пострадавшим. Как показывают исследования последних лет, медицинская помощь и на догоспитальном этапе, и в стационаре зачастую оказывается недостаточно квалифицировано, большая часть пострадавших поступают в непрофильные общехирургические отделения. Только за счет улучшения организации и повышения качества медицинской помощи детям летальность может быть снижена на 10–15%.

Для реального повышения качества оказания помощи детям, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, требуется реорганизация сложившейся системы этапного лечения. По нашему мнению, круг специализированных стационаров, принимающих пострадавших в ДТП, следует ограничить учреждениями, располагающими всем необходимым для всестороннего диагностического и лечебного обеспечения детей с политравмой. Речь идет о многопрофильных больницах, имеющих в своей структуре наряду с хирургическими и травматологическими отделениями отделения нейрохирургии, торакальное, урологическое, реанимации и интенсивной терапии. Оптимальным является наличие специализированного отделения для лечения больных с политравмой.

Определенный вклад в оказание экстренной травматологической помощи могут внести и уже вносят специализированные бригады по оказанию помощи при стихийных бедствиях и катастрофах. Они существуют в большинстве, но не во всех регионах — в Московской, Рязанской, Тульской, Новгородской, Кировской, Тюменской областях, в Удмуртии, в Еврейской автономной области такая служба отсутствует.

Для эффективного решения проблемы детского дорожно-транспортного травматизма, на наш взгляд, целесообразно создание межведомственного организационно-методического центра, основной функцией которого являлась бы координация работ по снижению тяжести медицинских последствий дорожно-транспортных происшествий. В настоящее время по указанию Минздрава России в целях совершенствования медицинской помощи детям с неотложными состояниями создана рабочая группа для подготовки проекта концепции «Совершенствование оказания неотложной помощи детям в России». Контроль за исполнением этого указания возложен на заместителя министра здравоохранения О.В. Шарапову.

В последние годы отмечается также постоянный рост заболеваний костно-мышечной системы

среди детского населения. Ежегодно регистрируется не менее 30% вновь заболевших (от общего числа обратившихся за медицинской помощью). Как известно, более чем 90% пациентов с болезнями костно-мышечной системы адекватное лечение может быть обеспечено амбулаторно-поликлинической службой. Однако анализ полученных с мест отчетов показывает, что эта служба испытывает значительные трудности. Приемы детских ортопедов в поликлиниках организованы, как правило, лишь в областных центрах. Только в отдельных областях сохранилась амбулаторная ортопедическая помощь в крупных районных центрах (например, в Иркутской области — в городах Ангарске и Братске, в Московской области — в городах Королеве и Подольске; в Нижегородской области — в горорде Дзержинске). Но даже в тех областях, где существует амбулаторная ортопедическая служба, число детских ортопедов чрезвычайно мало. Так, в Калужской, Орловской, Псковской, Ульяновской областях в поликлиниках работают всего по два ортопеда, в республике Мари Эл и Кировской области — по три, в республике Бурятия — один. Детские травматологические пункты функционируют не во всех областных центрах, и укомплектованы они на 50% детскими хирургами. По данным отчетов, в целом по стране в амбулаторной сети работают всего 373 детских травматолога-ортопеда.

В большинстве территорий Российской Федерации нет консультативных поликлиник, в которых проводился бы консультативный прием детей со сложной патологией опорно-двигательного аппарата. Из-за малой мощности амбулаторной ортопедической службы невозможно организовать осмотр всех новорожденных с целью выявления врожденной патологии костно-мышечной системы, осуществлять адекватную диспансеризацию и квалифицированные профилактические осмотры детского населения.

Что касается раннего выявления врожденной ортопедической патологии, то мы считаем нерентабельным проводить осмотр новорожденных ортопедом в родильных домах. Необходима организация постоянных занятий с неонатологами и педиатрами и привитие им осторожности в отношении врожденной патологии костно-мышечной системы. К сожалению, до настоящего времени мы не смогли воспитать у педиатров должного внимания к ортопедической патологии. Возможно, поэтому каждый год регистрируются случаи диагностики врожденного вывиха бедра у детей старше 1 года, и мы трактуем это как позднюю диагностику заболевания. Заметим, что согласно мировой практике, поздним считается диагноз, установленный у ребенка после 3 мес жизни. В отчетах с мест сообщается также о несвоевременном выявлении таких заболеваний, как кривошея, косолапость, сколиоз. Вместе с тем общеизвестно, что ранняя диагностика ортопедической патологии, своевре-

менное и адекватное лечение являются залогом успешного восстановления опорно-двигательной системы. Запущенные и неправильно леченные нарушения становятся причиной инвалидности.

Особое значение в организации травматолого-ортопедической помощи детскому населению имеет создание условий для стационарного лечения больных с травмами, последствиями травм, заболеваниями и деформациями опорно-двигательного аппарата. Стационарную помощь детям с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы оказывают и детские травматологи-ортопеды, и детские хирурги. В Российской Федерации развернуто 4552 детских травматологических и 3983 ортопедических койки. Однако в Курской, Кировской, Саратовской областях, республиках Алтай, Тыва, Хакасия отсутствуют детские травматологические койки, в Тульской, Мурманской, Пензенской областях, республиках Мордовия, Удмуртия, Алтай, Бурятия, Саха (Якутия) нет детских ортопедических коек. Обеспеченность детского населения специализированными травматологическими и ортопедическими койками остается низкой (справедливости ради отметим, что в течение 2002 г. сокращения коечного фонда не наблюдалось). Согласно представленным данным, специализированные койки сосредоточены в основном в областных центрах в составе многопрофильных больниц. Из всех госпитализированных только четвертая часть получают лечение на детских травматолого-ортопедических койках, более половины лечатся в детских и взрослых общехирургических стационарах. В связи с этим особенно актуальна задача повышения эффективности использования имеющегося коечного фонда. Если травматологические койки в большинстве областей Центрального округа были недогружены, то ортопедические койки работали с явной перегрузкой, что еще раз свидетельствует о дефиците детских ортопедических коек в округе.

Почти во всех регионах, по представленным данным, сохраняется низкая обеспеченность лечебных учреждений современным оборудованием, в ряде областей ощущается нехватка инструментария для чрескостного и накостного остеосинтеза, не везде имеются электронно-оптические преобразователи. Из-за слабой материально-технической базы больниц медленно внедряются в педиатрическую практику малоинвазивные методы диагностики с использованием артроскопической техники и ультрасонографии. Вместе с тем последний метод заслуживает, учитывая его высокую информативность, неинвазивность, безвредность и относительную дешевизну, самого широкого использования в качестве скринингового для раннего выявления врожденного вывиха бедра.

В детских травматолого-ортопедических отделениях выполняются такие оперативные вмешательства, как удлинение конечностей, пересадка тканевых комплексов, проводится лечение остео-

миелита. Из регионов в центры детской ортопедии (НИИТО и клиники медицинских университетов) направляются в основном дети с пороками развития кисти, опухолями костей, тяжелыми деформациями позвоночника. В то же время в ряде регионов выполняются операции по поводу врожденного вывиха бедра, косолапости, осуществляется коррекция позвоночника. Естественно, нельзя запретить травматологу-ортопеду оперировать, но каждому берущемуся за скальпель необходимо помнить, что операции, относящиеся к высокотехнологичным вмешательствам, требуют определенного опыта и при выполнении без должной подготовки могут нанести непоправимый вред больному. По данным научно-исследовательского детского ортопедического института им. Г.И. Турнера и Центрального института травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, ежегодно из разных регионов страны поступает от 230 до 300 детей с врожденным вывихом бедра, которым по месту жительства были проведены операции, иногда и повторные, не давшие положительного результата. Это в равной степени относится и к больным с косолапостью, которых зачастую безуспешно оперируют на местах.

Добиться улучшения результатов лечения невозможно без организации системы восстановительного лечения. Реабилитация больных с патологией опорно-двигательного аппарата и последствиями травм проводится на базе детских поликлиник, врачебно-физкультурных диспансеров, а также в специализированных дошкольных и школьных учреждениях. Специфика ряда заболеваний опорно-двигательного аппарата (в частности их неуклонное прогрессирование) требует интенсивного консервативного лечения на фоне специального двигательного режима. В России на начало 2001/2002 учебного года было 74 образовательных учреждения для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата с численностью учащихся 9 тыс. Такие возможности для реабилитации в большей или меньшей степени существуют практически во всех территориях Российской Федерации, за исключением Адыгеи, Дагестана, Удмуртии. Однако главные специалисты почти повсеместно отмечают их недостаточную оснащенность современным оборудованием. Остается неудовлетворенной потребность в инструкторах лечебной физкультуры и массажистах. Приказом Минздрава России № 1628/151 от 16.04.03 создан координационный совет по вопросам развития сети образовательных учреждений, содействующих укреплению здоровья обучающихся, воспитанников. Контроль за исполнением приказа возложен на заместителя министра образования Российской Федерации Е.Е. Чепурных и заместителя министра здравоохранения О.В. Шарапову.

Дети-инвалиды до 17 лет с нарушениями опорно-двигательной системы получают протезно-ортопедическую помощь на 69 государственных про-

тезно-ортопедических предприятиях. Анализ показал, что 40,1% из этих детей нуждаются только в ортезных изделиях, для 30–35% детей необходимо использование сложной ортопедической обуви. Число нуждающихся в протезно-ортопедических изделиях детей за 2001–2002 гг. увеличилось в среднем на 15%, что обусловлено ростом ортопедической патологии раннего возраста.

Несомненно, качество травматолого-ортопедической помощи населению в значительной степени определяется квалификацией врачей. Один из основных критериев квалификации специалистов — аттестационная категория. По данным официальной статистики, удельный вес травматологов-ортопедов — взрослых и детских, имеющих высшую категорию, составляет 18%, первую категорию — 14%, вторую — 5%. Дальнейшая работа по повышению квалификации врачей и средних медицинских работников является важным резервом улучшения качества травматолого-ортопедической помощи. По данным отчетов, детские травматологи-ортопеды проходят курсы повышения квалификации на кафедрах травматологии и ортопедии академий последипломного образования и в НИИТО. Кафедры детской хирургии не занимаются подготовкой детских травматологов-ортопедов.

Серьезного внимания заслуживает типичная для всех регионов проблема дефицита кадров. Так, например, во всех областях Центрального округа совместителями занята 1/3 штатных должностей. Одной из причин этого, как известно, является низкая заработная плата.

Итак, в каждом из регионов сеть специализированной травматолого-ортопедической помощи детскому населению сохранена. Однако в областях штат детских травматологов-ортопедов крайне немногочислен — в среднем 8–10 специалистов. В сельских районах специализированная помощь детскому населению почти полностью отсутствует. Все это неизбежно приводит к тому, что дети и подростки с патологией костно-мышечной системы и травмами направляются к детским хирургам, специалистам взрослой сети. Создается впечатление, что организаторы здравоохранения недооценивают значение специализированной ортопедической помощи детям, а травматологи-ортопеды, в свою очередь, делают далеко не все для поднятия авторитета своей специальности.

Кроме того, специалисты на местах сталкиваются с отсутствием реальной помощи из центров травматологии и ортопедии. Об этом сообщают многие специалисты регионов. К сожалению, даже в тех областях, где есть медицинские институты и НИИТО, реальная помощь практическому здравоохранению минимальна.

Таким образом, детская травматология и ортопедия, как и большинство отраслей медицины, испытывает значительные трудности. С одной стороны, сохраняется тенденция к росту детского травматизма и ортопедической заболеваемости,

увеличивается число детей-инвалидов с последствиями травм и тяжелой патологией костно-мышечной системы. С другой стороны, имеются серьезные недостатки в организации как амбулаторной (малое число травматологических пунктов, отсутствие необходимого количества специалистов в поликлинической сети), так и стационарной помощи (низкая обеспеченность специализированными койками, недостаточная укомплектованность кадрами, неудовлетворительная оснащенность отделений).

Все это диктует необходимость принятия безотлагательных мер по реорганизации травматолого-ортопедической помощи детскому населению, основными направлениями которой должны стать: совершенствование медицинской помощи на всех этапах; организация амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи в соответствии с современными требованиями; обеспечение специалистами; создание системы восстановительного лечения детей с последствиями травм и ортопедической патологией путем организации современных реабилитационных центров. К сожалению, все эти предложения не новы и в разной форме уже обсуждались на многих пленумах и съездах травматологов-ортопедов, ежегодных совещаниях детских травматологов-ортопедов. Не вызывает сомнения тот факт, что дальнейшее развитие службы невозможно без финансовой поддержки. В настоящее время отсутствуют официальные документы, регламентирующие развитие как амбулаторной, так и стационарной специализированной травматолого-ортопедической помощи. По нашему мнению, реализация задач, стоящих перед отраслью, должна начинаться с регионального уровня. Решение вопроса мы видим в создании целевых территориальных программ, определяющих развитие травматолого-ортопедической помощи детскому населению. Такие комплексные программы, разработанные для каждой области, будут строиться с учетом особенностей региона и опираться на поддержку региональных властей. Главная цель такой программы — максимально полная реабилитация ребенка, получившего травму или страдающего патологией костно-мышечной системы.

Основными пунктами таких программ должны стать:

- формирование единой политики оказания травматологической и ортопедической помощи детскому населению;
- определение потребности региона в том или ином виде помощи, а также в специалистах — детских травматологах-ортопедах;
- разработка требований, определяющих условия и последовательность оказания специализированной помощи, которые обеспечивали бы ее наибольшую эффективность и социальную удовлетворенность пациентов;
- контроль за повышением квалификации специалистов.

Создание такой программы даст возможность предусмотреть этапность и преемственность в лечении, определить объем и характер оказываемой помощи в зависимости от уровня учреждения и степени квалификации специалиста. Территориальная система травматолого-ортопедической службы явится первым этапом управления качеством медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования.

Разработка таких программ должна проводиться при активном участии главных детских травматологов-ортопедов регионов. Однако в одиночку главным специалистам справиться с такой огромной работой будет чрезвычайно трудно. В настоящее время по инициативе Российской ассоциации травматологов-ортопедов Минздравом России в каждом федеральном округе утвержден главный специалист, курирующий травматологическую и ортопедическую службу. Как правило, это специалисты из числа ведущих травматологов-ортопедов НИИТО или кафедр травматологии и ортопедии. К сожалению, травматологи-ортопеды взрослой сети без особого энтузиазма берутся решать вопросы детской травматологии и ортопедии. В этой связи для усиления методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям областей для оценки качества специализированной помощи приказом Минздрава РФ № 213 от 26.05.03 «О внесении дополнений в приказ Минздрава России № 151 от 21.05.02» в федеральных округах введена

должность главного внештатного специалиста по детской травматологии и ортопедии. Эти специалисты примут непосредственное участие в разработке территориальных программ по созданию системы оказания травматолого-ортопедической помощи детскому населению региона. Кроме того, такие программы будут сформированы в едином русле и в дальнейшем на их модели можно будет создать комплексную программу для федерального округа в целом.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что травматизм и ортопедическая заболеваемость, оказывая существенное влияние на состояние здоровья, непосредственно влияют на демографические процессы, происходящие в стране. Сегодня предложены различные программы, имеющие своей целью приостановить убыль населения. Это и миграционная политика, и поддержка многодетных семей. В то же время почти никто не говорит о том, какие огромные, безвозвратные потери несет общество в результате травм, несчастных случаев, отравлений, насильственных действий. Как правило, погибают здоровые, активные дети. Если травма оканчивается инвалидностью, то лечение больного, уход за ним ложится тяжелым бременем на семью и общество в целом. В связи с этим проблема профилактики детского травматизма, вопросы развития и совершенствования травматолого-ортопедической помощи детям требуют постоянного и самого пристального внимания.

ОПТИМАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Симпозиум детских травматологов-ортопедов России

(17–19 сентября 2003 г., Волгоград)

В работе симпозиума приняли участие 212 детских травматологов-ортопедов из 53 административных территорий России. Программа симпозиума включала следующие вопросы:

- 1) травматизм и заболеваемость опорно-двигательного аппарата у детей и подростков, организация специализированной помощи;
- 2) оптимальные технологии лечения травм и их последствий, врожденных и приобретенных заболеваний опорно-двигательного аппарата, доброкачественных опухолей костей. Ошибки при диагностике и лечении, пути преодоления возникших осложнений;
- 3) новые технологии диагностики, лечения и реабилитации.

Заявленная программа была выполнена. Заслушано 70 докладов, в прениях выступили 48 человек.

Было констатировано, что повреждения и заболевания опорно-двигательного аппарата имеют устойчивую тенденцию к росту их удельного веса в общей заболеваемости детей и подростков. Профилактика травматизма по-прежнему остается наиважнейшей задачей: у подростков травма стоит на втором, у детей — на третьем месте среди всех заболеваний.

Обсуждение показало, что специализированная травматолого-ортопедическая помощь детям и подросткам продолжает совершенствоваться на всей территории России. Накапливается положительный опыт диагностики, лечения и реабилитации при повреждениях и заболеваниях опорно-двигательного аппарата у детей и подростков, расширяются и углубляются знания специалистов, чему в немалой степени способствуют ежегодные научно-практические мероприятия, проводимые