ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО»

На правах рукописи

ГОРДОВА
ЛЮДМИЛА ДМИТРИЕВНА

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПОЛУЧИВШИМ ТРАВМУ, С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ ИХ ИНВАЛИДИЗАЦИИ

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук
Н.К. Гришина

Москва - 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ 4

ВВЕДЕНИЕ 5

ГЛАВА 1. ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ И СВЯЗАННАЯ С НИМ ИНВАЛИДНОСТЬ. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОБЛЕМЫ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РФ И ЗА РУБЕЖОМ (обзор литературы) 15

1.1. Детский травматизм и связанная с ним инвалидность 15

1.2. Организация оказания травматолого-ортопедической помощи 25

детям в РФ и за рубежом 25

1.3. Особенности психологического статуса семьи, воспитывающей 44

ребенка-инвалида 44

ГЛАВА 2. МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ. 48

ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 48

2.1. Основные понятия, используемые в настоящей работе 48

2.2. Программа, методика и организация исследования 50

2.3. Характеристика базы исследования 60

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА И ИНВАЛИДНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С НИМ, КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В Т.Ч. РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ, ДЕТЯМ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ТРАВМ 65

3.1. Результаты сравнительного анализа показателей детского травматизма и инвалидности, связанной с ним, в РФ и Курской области 65

3.2. Анализ качества медицинской помощи, оказанной детям с травмами 77

3.2.1. Анализ качества медицинской помощи, оказанной детям с черепно-мозговыми травмами 77

3.2.2. Анализ качества медицинской помощи, оказанной детям с термической травмой 80

3.2.3. Анализ качества медицинской помощи, оказанной детям с травмами опорно-двигательной системы 84

ГЛАВА 4. ВЛИЯНИЕ ТИПА РЕАГИРОВАНИЯ СЕМЬИ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ДЕТЕЙ ПРИ ТРАВМАХ, ПРИВЕДШИХ К ИНВАЛИДНОСТИ 94

4.1. Влияние типа реагирования семьи на выполнение лечебно-восстановительных мероприятий у детей-инвалидов с черепно-мозговой травмой 95

4.2. Влияние типа реагирования семьи на выполнение реабилитационных мероприятий у детей-инвалидов с термическими поражениями 103

4.3. Влияние типа реагирования семьи на уровень проведенных реабилитационных мероприятий у детей-инвалидов с травмами опорно-двигательной системы 110

ГЛАВА 5. ПРИОРИТЕТНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СНИЖЕНИЕ ИНВАЛИДИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧИВШИХ ТРАВМУ 116

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 139

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 151

ПРИЛОЖЕНИЕ 187

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АТЭ - автоматизированная технология экспертизы
А – аффективный (возбудимый) тип
ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь
ВПИ – впервые признанные инвалидом
ВОЗ – всемирная организация здравоохранения
Г – гармоничный тип
ДКБ – детская клиническая больница
ДТП – дорожно-транспортное происшествие
ЗЧМТ – закрытая черепно-мозговая травма
ИВЛ – искусственная вентиляция легких
ИПР – индивидуальная программа реабилитации
КМП – качество медицинской помощи
КТ – компьютерная томография
ЛПУ- лечебно-профилактическое учреждение
МКФ-ДП – международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков
МО – медицинские организации
МСЭ – медико-социальная экспертиза
ОДС – опорно-двигательная система
ОКБ – областная клиническая больница
ООЛПП – организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь
ОЧМТ – открытая черепно-мозговая травма
ППИ – повторно признанные инвалидом
РДКБ – республиканская детская клиническая больница
САК – субарахноидальное кровотечение
СМП – специализированная медицинская помощь
ТОЧМТ – тяжелая открытая черепно-мозговая травма
УКМП – уровень качества медицинской помощи
ЧМТ - черепно-мозговая травма
ЦРБ – центральная районная больница
ЦФО – центральный федеральный округ
ЦИТО – центральный институт травматологии и ортопедии
Э – эмотивный тип
ЭПО – экспериментальное психологическое обследование
ЭЭГ – электроэнцефалография

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

«…Охрана здоровья детей является приоритетной государственной задачей, а повышение доступности и качества медицинской помощи для сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения – главной целью российского здравоохранения...», что находит свое отражение в действующих нормативных правовых документах. Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» одними из основных принципов охраны здоровья статьей 4 закреплены приоритет охраны здоровья детей, а также доступность и качество медицинской помощи. Президентом РФ утверждена и реализуется в субъектах РФ государственная социальная программа «Десятилетие детства в России».

«…Высокий уровень детского травматизма, увеличивающаяся тяжесть травматических повреждений, несмотря на имеющиеся современные высокотехнологичные методы лечения…», во всем мире с каждым годом приобретают все большее медицинское, социально-экономическое, нравственное значение и являются актуальной проблемой (Шарапова О.В., 2006; Аминова З.М., 2008; Щепин В.О., 2011; Стародубов В.И., Щепин О.П., 2013). Более 13 млн. детей РФ ежегодно получают травмы, показатель детского травматизма колеблется от 75‰ до 133‰. В структуре детского травматизма 60-68% приходится на бытовой (большая часть - термические повреждения), уличный травматизм составляет 32,6% (в основном - транспортный), около 6% - школьный травматизм, спортивный – 4,4%, прочие виды – 1,1% (ежегодные сборники ЦИТО 2014-2017).

Несмотря на расширение медицинских знаний, улучшение медицинских технологий, в структуре заболеваемости травматизм занимает в разные годы 4-6 ранговое место. В современных условиях большинство детей выживают после тяжелых травм. Но, к сожалению, это не освобождает детей от инвалидности, физических или психических дефектов На каждые 3

тыс. детей приходится 1 ребенок- инвалид вследствие травм (Кириченко Ю.Н.,2006).

«…Детская инвалидность является актуальной медико-социальной проблемой современного общества, одной из главных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны, а также качества медицинской помощи, оказываемой детям…» (Зелинская Д.И., 1998; Михайлова Ю.В., Иванова А.Е., 2006; Рагозина Л.Г. и др., 2015).

В структуре первичной детской инвалидности инвалидность, обусловленная последствиями травм, занимает в различные годы 5-6 место. Так, число детей, впервые признанных инвалидами (ВПИ), увеличилось с 67,1 тыс. человек в 2008 году до 73,5 тыс. человек в 2016 году (на 5,3 %) (Статистический сборник основных показателей инвалидности детского населения, ФМБА 2008-2017).

В этой связи остается высокой потребность в травматолого-ортопедической помощи детям. При этом важным является решение вопросов совершенствования, как качества организации, так и оказания медицинской помощи детям, получившим травму. Однако в числе нерешенных проблем остаются: «…неравномерное распределение кадров и материально-технических ресурсов, низкая доступность специализированной травматологической помощи сельским жителям, несоответствие структуры коечного фонда рекомендуемым нормативам…» (Мыльникова Т.А., 2014), низкий уровень реабилитации, несоблюдение технологий лечения и др.

Степень научной разработанности проблемы

Охране здоровья детей, решению проблем сокращения потерь здоровья детского населения посвящены работы многих авторов (Модестов А.А. с соавт., 2010; Фаррахов А.З., 2015; Неволин Ю.С., 2016; Устинова Н.В., 2017; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., с соавт., 2018; Шарова Е.А., 2019, Чичерин Л.П., 2019).

Большую тревогу ВОЗ и многих исследователей вызывают показатели высокой детской смертности от несчастных случаев. Во многих работах отмечается, что особого внимания требуют вопросы профилактики детского травматизма, качества медицинской помощи оказываемой детям, получившим травму (Волков М.В., 1980; Runyan C.W., 1990; Каднер П., 1995; Рошаль Л.М., 2000; Ушаков Г.Н., Панкин О.А., 2000; Малахов О.А., 2003; Филатов В.Б., Жиляева Е.П., 2003; Щепин В.О., 2004; Камаев И.А., 2004; Хабриев Р.У., 2005; WHO Regional Office for Europe., 2005,2006; Никогосян Р.В., 2009; Дорофеев А.Л. 2009; Комаров М.Ю., 2009; Миронов С.П., 2010, 2013; Баиндурашвили А.Г., 2010; Щепин О.П., 2011; Горбунова З.И., 2011; Мыльникова Т.А., 2014; Соловьева К.С., 2017; Bogumil D.D.A., 2017; Kim P.N., 2017; Юрьев В.К., 2018 и др.).

Процессу становления травматолого-ортопедической помощи детям в мире и в России посвящены работы Андриянова В.Л., 1988, Юмашева Г.С. 1990, Шапошникова Ю.Г., 1997, Шаповалова В.М., 2004 и др. Некоторые исследователи изучали вопросы качества жизни детей, влияния типа семьи на риск возникновения травматизма (Камаев И.А., Позднякова М.А., 2004; Спиридонов А.В., 2007; Зелинская Д. И., 2008, Морозова Е.В., 2006, 2008, 2010; Баранов А.А., 2008; Зенина С.Л.,2010; Горбунов В.И, Горбунов М.В., 2012; Винярская И.В., 2017), взаимосвязи качества восстановительного лечения и психологического статуса семьи, реабилитации детей с различными видами травм и др. (Светличная Т.Г., Нестерова И.В., 2007; Гришина Л.П., Козлов С.И., 2010; Морозова Е.В., 2010; Валиуллина С.А. 2011; Kim P.N., 2017; Юрьев В.К., 2018 и др.). Однако до настоящего времени ряд этих вопросов остаются мало изученными.

В целом анализ нормативной правовой базы, доступных отечественных и зарубежных научных публикаций свидетельствует об актуальности и недостаточной проработке целого ряда вопросов, касающихся совершенствования качества организации и оказания медицинской помощи

детям, получившим травму, с целью предотвращения формирования у них инвалидности, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования: научно обосновать и разработать комплекс мероприятий, направленных на совершенствование качества организации и оказания медицинской помощи детям, получившим травму, с целью снижения их инвалидизации.

Для достижения поставленной цели решались следующие ***задачи:***

1. Проанализировать опыт организации медицинской помощи детям с травмами.

2. Провести сравнительный анализ показателей детского травматизма и инвалидности, связанной с ним, в субъекте РФ и стране в целом.

3. Изучить качество организации и оказания медицинской, в т.ч. реабилитационной, помощи детям с различными видами травм в субъекте РФ.

4. Оценить влияние типа реагирования семьи на объём и эффективность реабилитационных мероприятий при различных видах травм.

5. Разработать предложения по совершенствованию качества организации и оказания медицинской помощи, направленные на снижение инвалидизации у детей, получивших травму.

Научная новизна исследования

Данная работа – комплексное научное исследование, посвященное выявлению факторов, способствующих формированию у детей инвалидности вследствие полученных травм, научному обоснованию и разработке на основе полученных данных путей снижения инвалидизации у этого контингента лиц.

Получены дополнительные данные об основных тенденциях первичной детской инвалидности в зависимости от возраста и вида травм, вида

травматизма и повреждающего фактора; представлен среднесрочный прогноз первичной детской инвалидности вследствие травм для Курской области.

Расширены знания о факторах, способствующих наступлению инвалидности у детей на различных этапах оказания им медицинской помощи (амбулаторном, стационарном, восстановительного лечения), в зависимости от вида травмы. Это позволило научно обосновать комплекс мероприятий, направленных на их нивелирование.

Выявлена степень влияния типа реагирования семьи, имеющей ребенка с последствиями травм, на выполнение мероприятий по его реабилитации при различных видах травм. Полученные результаты свидетельствуют о важности индивидуального подхода к каждой конкретной семье, имеющей ребенка с травмой, и необходимости проведения работы, направленной на достижение оптимальных результатов его лечения и предотвращение формирования инвалидности.

Научно обоснованы пути снижения инвалидизации детей, получивших травму. Разработана схема взаимодействия различных организаций и ведомств, занятых в системе профилактики детского травматизма и проведения комплексной реабилитации детей с последствиями травм. Предложена схема взаимосвязи видов реабилитации и уровня адаптации (соматической, психологической, социально-средовой) детей с последствиями травм в возрасте до 12 лет.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в том, что:

- определена динамика и структура инвалидности детей вследствие различного вида травм. Эти данные являются информационной базой при разработке программ по профилактике травм у детей и снижению их инвалидизации;

- рассчитана необходимая численность врачей травматологов-ортопедов для оказания специализированной медицинской помощи детскому

населению Курской области в соответствии с действующей нормативной правовой базой (Приказы № 901н и № 92н).

- полученные результаты исследования позволили установить основные причины, приводящие к детской инвалидности по последствиям травм в Курской области, что используется при планировании и осуществлении необходимых мероприятий для практического здравоохранения с целью ее профилактики и снижения;

- изучены вопросы, связанные с реализацией индивидуальных программ реабилитации, взаимодействия учреждений регионального и муниципального уровня, участвующих в реабилитации;

- определение типа реагирования семьи способствует более четкому планированию тактики ведения конкретного ребенка, получившего травму.

По материалам исследования составлена служебная записка и передана в Комитет здравоохранения Курской области с аргументированным предложением по рассмотрению вопроса об организации детского ортопедо-травматологического отделения, создания лечебно-восстановительного центра для детей с ограниченными возможностями вследствие травм и заболеваний опорно-двигательной системы.

Полученные данные сравнительного анализа показателей первичной детской инвалидности вследствие травм использованы при подготовке межведомственных совещаний по вопросам совершенствования оказания специализированной травматологической помощи детям в Курской области. Материалы исследования использованы при подготовке Плана основных мероприятий Курской области, проводимых в рамках реализации социальной программы «Десятилетие детства в России».

Методология и методы исследования

В работе использована комплексная методика, включающая следующие методы: изучения и обобщения опыта, статистический,

математический, аналитический, ретроспективного анализа, монографического описания, экспертных оценок.

Степень достоверности результатов исследования

Достоверность и объективность полученных результатов подтверждается репрезентативностью выборки, использованием материалов официальной статистической отчетности, адекватных методов сбора и анализа данных, современных подходов к статистической обработке исходной информации и др.

Статистическая обработка результатов исследования выполнялась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft Inc., Tulsa,Ok,USA) и Excel 7.0.

Положения, выносимые на защиту:

1. Принятие управленческих решений, направленных на снижение инвалидизации детей с травмой, требует соответствующего информационного обеспечения, касающегося, в частности, оценки качества организации и оказания медицинской, в том числе реабилитационной помощи и анализа причин, влияющих на него.

2. При выборе тактики организации и оказания медицинской помощи детям с последствиями травм необходимо учитывать тип реагирования семьи.

3. Разработанный комплекс мероприятий, направленный на совершенствование качества организации и оказания медицинской помощи детям, получившим травму, способствует снижению их инвалидизации.

Личный вклад автора

Участие автора в получении результатов, изложенных в диссертации, осуществлялось на всех этапах работы. Диссертантом сформулированы цель, задачи, основные положения, выносимые на защиту. Разработан дизайн исследования, статистический инструментарий, выполнена выкопировка данных из первичной медицинской документации. Автором самостоятельно

проведен аналитический обзор научных публикаций; математико-статистическая обработка данных, полученных в ходе исследования, проводилась с личным участием автора. Автором осуществлен анализ и интерпретация результатов исследования, сформулированы выводы и практические рекомендации, оформлена диссертационная работа. При оформлении диссертации в ней учтены результаты научных публикаций, в которых использованы результаты собственных исследований, выполненных автором лично или в соавторстве. Доля личного участия автора составляет 90 %.

Публикации

По теме диссертации опубликована 21 научная работа, в том числе 8 в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

Материалы диссертации использованы:

Результаты диссертационного исследования используются в практике работы ОКОУ «Школа-интернат № 2» г. Курска, Бюро МСЭ № 7 ФКУ "ГБ МСЭ по Курской области" Минтруда РФ, ОБУЗ "Курская городская клиническая больница № 4", ОБУЗ "Курская областная детская больница № 2".

Разработанные предложения используются Комитетом здравоохранения Курской области при принятии управленческих решений по совершенствованию качества организации и оказания медицинской помощи, направленных на снижение инвалидизации у детей, получивших травму. Материалы исследования используются в учебном процессе на кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, кафедре организации здравоохранения и общественного здоровья Курского государственного медицинского университета (КГМУ), включены в курс программы факультета постдипломного образования.

Апробация работы

Основные положения диссертационной работы были доложены и обсуждены на: межкафедральной научно-практической конференции кафедр общественного здоровья и здравоохранения, травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, социальной работы, общей гигиены, кафедры хирургических болезней ФПО, фтизиопульмунологии Курского государственного медицинского университета; XIV Российском национальном конгрессе «Человек и его здоровье (ортопедия-травматология-протезирование-реабилитация)» (Санкт-Петербург, 2009 г.); 74-й итоговой научной межвузовской конференции студентов и молодых ученых (Курск, 2009 г.); научно-практической конференции по вопросам реабилитации инвалидов в Сибирском федеральном округе (Иркутск, 2010 г.); IX Всероссийском съезде травматологов-ортопедов (Саратов, 2010 г.); VII Международном конгрессе «Российская семья» (Курск, 2010 г.); X Всероссийском съезде травматологов-ортопедов (Москва, 2014 г); заседаниях Курско-Старооскольского общества травматологов (г. Курск, 2009, 2011, 2014, 2016 гг.); совместных конференциях сотрудников бюро МСЭ и врачей-педиатров области (Курск, 2010-2017 гг.); конференции отдела экономических исследований в здравоохранении ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (Москва, 2019 г.); межотдельческой конференции ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (Москва, 2019 г.); проблемной комиссии ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский Центр Здоровья Детей» МЗ РФ (Москва, 2019 г.) .), заседании XXII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, 2020).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствуют паспорту специальности 14.02.03 - «Общественное здоровье и здравоохранение»: п.2 « … исследование

демографических процессов, структур заболеваемости …», п.3 «Исследование организации медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи населению …».

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 189 страницах, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 242 отечественных и 56 зарубежных источников, приложений. Диссертация иллюстрирована 35 рисунками и 19 таблицами.

ГЛАВА 1. ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ И СВЯЗАННАЯ С НИМ ИНВАЛИДНОСТЬ. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОБЛЕМЫ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РФ И ЗА РУБЕЖОМ (обзор литературы)

1.1. Детский травматизм и связанная с ним инвалидность

В медицинской литературе многих стран отмечается динамическое развитие травматолого-ортопедической помощи детскому населению, совершенствование форм ее организации в соответствии со спецификой систем оказания медицинской помощи детям, ресурсами здравоохранения, особенностями социально-экономического развития страны, территориально-административной структурой, «…климато-географическими особенностями, транспортным сообщением, социально-культурным уровнем населения…» (Никогосян Р.В. с соавт., 2009)

Травматизм это социальное явление, характеризующееся совокупностью травм, повторяющееся в определенных обстоятельствах у одинаковой группы населения за определенный промежуток времени. Травматизм представляет серьезную угрозу для здоровья взрослого и детского населения (Краснов А.Ф. с соавт., 1998; Шаповалов В.М. с соавт., 2004; Brussoni M., 2006; Щепин В.О. с соавт., 2019).

«…Травмы и заболевания опорно-двигательного аппарата занимают второе место по временной утрате нетрудоспособности и третье место по инвалидности и смертности…» (Алисханов М.А., 2013). «…Ежегодно в мире вследствие травм, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), погибают 3,5 млн. человек, а более 2 млн. становятся инвалидами. В то же время травма до сих пор не признана процессом, аналогичным другим заболеваниям. Многие люди до сих пор продолжают считать травмы несчастными случаями. На самом же деле это эпидемия, затрагивающая все возрастные группы и ведущая к разрушительным человеческим,

психологическим и экономическим последствиям...». Например, общая сумма расходов, связанных с травмами в США, составляет приблизительно 260 млрд долларов в год. (История развития травматологической системы… https://medicalplanet.su/perelomi_i_travmi/istoria_travmatologicheskoi_sistemi.html MedicalPlanet; Towner, E., 2005; Sethi, D. et al. 2006; Kiragu, A. W., et al., 2017).

Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин вносят существенный вклад в структуру заболеваемости и смертности населения стран и «…являются не только важнейшими индикаторами здравоохранения, но и состояния экономики и общества в целом…» (Biaggi P.et al., 2003; Horowitz M. E. Et al., 2003; Ватолина М.А. с соавт., 2015; Шишкин Е.В., 2019). В научных публикациях неоднократно отмечался рост травматизма, частоты выхода на инвалидность и смертности. Актуальность изучения распространенности травматизма в РФ определялась до недавнего времени именно возрастающей ролью в формировании смертности населения. Ежегодно регистрировалось более 13 млн. случаев травм среди населения РФ. При этом из каждых 100 человек населения 9-10 получали травмы и нуждались в оказании медицинской помощи, в том числе специализированной (Какорина Е.П. с соавт., 2009). Однако в период 2005-2017 гг. наметилась тенденция снижения доли заболеваемости и показателей смертности при травмах от внешних причин. Несмотря на это Российская Федерация по данным показателям по-прежнему превышает в несколько раз уровни экономически развитых и развивающихся стран, что наносит колоссальный экономический и медико-демографический ущерб. «…Заметное замедление динамики снижения смертности при травмах от внешних причин, свидетельствует о необходимости разработки и принятия организационных мероприятий с привлечением органов здравоохранения и других ведомств Российской Федерации, учитывая, что борьба с травматизмом включает комплексную профилактику, правильную

организацию травматологической помощи, квалифицированного и специализированного лечения…» (Шишкин Е. В. с соавт., 2017).

Некоторым ученым удалось выяснить, что наибольший вклад в снижение смертности при травмах от внешних причин достигается, прежде всего, за счет дорожно-транспортного травматизма, имеющего определенные региональные особенности, путем применения научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию медицинской помощи людям, пострадавшим от ДТП и снижению предотвратимой смертности от ДТП, а также за счет травм, оказание «…медицинской помощи при которых осуществлялось в условиях трехуровневой системы травмоцентров…». Поэтому решение проблем смертности в дорожно-транспортных происшествиях требует комплексного подхода в организации помощи пострадавшим, включающего региональные особенности субъектов Российской Федерации, а также необходимость осуществления «… мероприятий, направленных на дальнейшую оптимизацию трехуровневой системы травмоцентров…» (Багненко С.Ф., 2006; Волошина Л.В., 2011; Шишкин Е. В. с соавт., 2014; Сиротко М.Л., 2016, 2017; Мартынов А.Н., 2017; Шишкин Е. В., Щепин В. О., 2018, 2019).

Травматизм, являясь одной из приоритетных проблем здравоохранения в Российской Федерации, имеет множество нерешенных вопросов, в частности, в статистике травматизма и в организации специализированной помощи. По мнению некоторых авторов, ограничение возможности изучения травматизма и смертности в зависимости от внешних факторов значительно детерминированы неполным учётом их параметров в формах федерального статистического наблюдения. В связи с этим представляется вполне обоснованной необходимость совершенствования учёта травматизма и медицинской помощи пострадавшим от травм путём создания региональных и федеральной специализированных информационных систем и принятия соответствующих нормативных документов (Гречухин И. В., 2017).

Особый раздел травматизма представляет детский травматизм. Показатели детского травматизма и инвалидности вследствие травм являются важнейшими показателями детского здоровья (Aynsley-Green, A. et al., 2000; Blackburn, C. M. et al., 2010; Баранов, А.А. с соавт,, 2012, 2018; Чичерин, Л.П. с соавт., 2019). «…Они отражают социально-экономическое благополучие и санитарно-гигиеническое состояние окружающей среды. Они характеризуют качество ухода за ребенком в семье, зависят от общепринятых норм поведения в общественных местах, на улице, в школе, отражают случаи агрессии и насилия при взаимоотношениях взрослых и детей, в детских коллективах. По этим показателям можно судить о доступности и качестве медицинской помощи, об эффективности профилактических мероприятий…» (Peden M. et al., 2008; Альбицкий В.Ю. с соавт., 2010; Михайлова Н.И., 2011; Баиндурашвили А.Г. с соавт., 2013; Головко О.В., 2016; Sullivan K. M., et al., 2016; Чичерин Л. П. с соавт., 2016).

«…Ортопедия является специальной частью медицины, которая проводит профилактику, диагностику и лечение заболеваний органов опоры и движения человека. Слово ортопедия - от греческого orthos–прямой и poideuo– воспитывать, тренировать. Николас Андри, основатель научной ортопедии, переводя вторую часть этого слова как paidos–дитя, определял ортопедию как искусство лечения деформаций тела у детей или науку о выпрямлении ребенка. Латинский же перевод термина как стопа (от pes, pedis), несколько суживал рамки данной науки…» (Волков М.В. с соавт.,1980; Jackson D.W., et al., 2001; Landren B., 2001; Sivasundaram, L., et al., 2019).

«…История организации детской ортопедической помощи начинается с XV111-X1X вв., когда в Европе (в Лозанне, Мюнхене, Копенгагене, Стокгольме и т.д.) появились не только учреждения для призрения, но и для лечения лиц с физическими отклонениями. К началу XX века подобные учреждения открываются в Англии, Голландии, Австрии, Италии, Японии,

Франции, США, Австралии. К этому времени начали организовываться международные конференции, задача которых заключалась в выявлении и учете детей с физическими недостатками, в подготовке кадров, учреждении журналов и обществ, организации социальной помощи и использовании их труда. Детская ортопедия того времени носила только лишь консервативный, преимущественно эмпирический характер…» (Андриянов В.Л. с соавт., 1988; Loubani E., et al., 2018).

Большая заслуга в развитии травматологии и ортопедии принадлежит французскому врачу А. Парэ (1510-1590гг.), который создал «…корригирующие и удерживающие приспособления, такие как жестяной корсет для исправления искривления позвоночника, специальную обувь для лечения косолапости и т.д. …». В сочинениях Глиссона (1597-1677гг.) рассматривались консервативные методы лечения рахитических изменений. В Париже Николас Андри обособил ортопедию как новую, отдельную медицинскую дисциплину и уже в 1837 году Литтль (1810-1894гг.) открыл Лондонский Королевский ортопедический госпиталь. «…Ортопед Лоренц выработал возможность сочетания консервативных и оперативных методов лечения. В России с 1707 года в Москве в Медико-хирургической школе, открытой по приказу Петра 1, а в Санкт- Петербурге с 1733 года проводилось обучение костоправным наукам…» (Юмашев Г.С. с соавт., 1990). «…В 1852 году голландский врач Matissen предложил использовать гипсовые повязки при лечении травматологических и ортопедических больных, а внедрение антисептиков и наркоза явилось толчком к развитию оперативных методов лечения такого контингента больных. Новую эпоху в развитии науки, в частности, в медицине открыл В.К. Рентген - Нобелевский лауреат 1901 года…». Благодаря открытому им рентгенологическому исследованию стала возможной ранняя диагностика, прежде всего, травм опорно-двигательного аппарата (Юмашев Г.С. с соавт., 1990; Насыров Н.М., 1991; Шапошников Ю.Г., 1997).

«…Травматология и ортопедия детского возраста из узкого раздела медицины Х1Х века быстро превращалась в научно-обособленную дисциплину…» (Насыров Н.М., 1991).

В России попытки создания организованной травматологии и ортопедии детского возраста предпринимались с создания в Санкт-Петербурге, Киеве, Одессе домов увечного ребенка, где детям, наряду с лечением, прививались профессиональные навыки, а также с общества попечения бедных и больных детей - Синий крест. У истоков русской ортопедии стоял Г.И. Турнер, создавший в 1900 году первую клиническую кафедру ортопедии, заложив тем самым основные принципы борьбы с детскими увечьями.

В советский период в 1921 году в Харькове известным ортопедом профессором М.И. Ситенко был открыт первый детский ортопедический профилакторий. «…Созданные в 30-е годы прошлого столетия различные детские учреждения травматолого-ортопедического профиля явились основой для создания системы организации в этой области медицины. Особое место занимало санаторно-курортное лечение детей. В 1932 году, на ХХ11 Всесоюзном съезде хирургов травматология и ортопедия уже была выделена как отдельная и самостоятельная отрасль в хирургии…» (Юмашев Г.С., 1990). «…Организация травматологической помощи детям в нашей стране прошла несколько этапов, начиная от лечения детей в общих хирургических отделениях для взрослых и кончая созданием специализированных детских травматологических отделений. Поступательному развитию специализированной травматологической помощи детскому населению способствовали изданные в 1949 г. Приказы МЗ СССР № 666 и МЗ РСФСР № 679 о создании детских ортопедо-травматологических отделений, а также вышедший в 1957 г. Приказ МЗ СССР № 125 «О профилактике травматизма, улучшении травматологической и ортопедической помощи населению», регламентировавший нормативы

потребности детей не только в лечебной помощи, но и в социальной реабилитации, что способствовало развитию детской травматолого-ортопедической службы и росту числа коек по стране. Одновременно дальнейшее развитие получило поликлиническое лечение. Было организовано детское диспансерное обслуживание больных с ортопедическими заболеваниями до 16 лет на базе поликлиник. Практически уже к середине 80-х годов XX века в СССР была сформирована стройная система травматолого-ортопедической помощи населению, в том числе детскому…» (McKee M., 2004; Никогосян Р.В. с соавт., 2009).

Актуальность развития травматолого-ортопедической помощи детскому населению, по данным ВОЗ, определялась тем, что каждый день в мире в результате несчастных случаев погибало 2270 детей. Это 830000 детских смертей в год, ещё несколько десятков миллионов попадали в больницы с травмами различной степени тяжести (Jackson D.W., 2005; Всемирный доклад ВОЗ и ЮНИСЕФ, 2008; Баранов А. А. с соавт., 2010, 2012, 2017; Allen C.J., et al., 2016; Hildenbrand A. K., et al., 2016; Bogumil D.D.A., et al., 2017; Разварина И.Н.Б 2018; Шарова Е.А., 2019). Лечение детских травм, частота и тяжесть которых имела тенденцию к росту, стало одной из актуальных проблем детской хирургии (Cubbin C. et al., 2002; Рошаль Л.М. с соавт., 2001; Баиндурашвили А.Г. с соавт., 2007). Актуальной медико-социальной проблемой, характеристикой здоровья детей и качества оказываемой им медицинской помощи является детская посттравматическая инвалидность (Баранов А.А. с соавт., 2017; Peng J., et al. 2017; Голубева Т.Ю., 2018).

Исследования последнего десятилетия показали, по сравнению с предшествующими годами, тенденцию снижения показателей распространенности травм у детей 0-14 лет. Однако у подростков 15-17 лет этот показатель остается достаточно высоким. В целом отмечается снижение инвалидности детей от внешнего воздействия. Остается актуальной медико-

социальной проблемой профилактика детского травматизма, особенно у подростков. Проблему детского травматизма нельзя считать решенной пока показатель травматизма детей от 0 до 17 лет составляет в среднем по России 116-118 травм на 1000 детей соответствующего возраста (Рожавский Л. А., 2006; Потапов А.И., 2008; Соловьева К.С. с соавт., 2017).

От травматизма, независимо от уровня доходов страны, прежде всего, страдают дети из наиболее неблагополучных групп населения. В основе детского травматизма – психофизиологические и возрастные особенности детей. Дети по своей природе любопытны, едва научившись передвигаться, они начинают исследовать все, что их окружает. Этот познавательный процесс означает, что они начинают сталкиваться с объектами, которые могут стать причиной тяжелых травм (Tamburlini G. et al., 2004; Чепель Т. Р., 2006; Исхаков О.С., 2009; Третьякова Е.А. с соавт., 2010; Зайцева У.А., 2010; Marsac M. L. et al., 2016; Лихтерман Л.Б. с соавт., 2017).

По данным ВОЗ, ведущими причинами непреднамеренных травм являются дорожно-транспортные происшествия (720 детей ежедневно погибают), утопления (450 детей ежедневно погибают), отравления (125 детей ежедневно погибают), ожоги (260 детей ежедневно погибают) и падения (130 детей ежедневно погибают) (WHO Regional Office for Europe, 2005; Всемирный доклад ВОЗ и ЮНИСЕФ, 2008; Малкаров О. А. 2009; Сиротко М.Л., 2017; Livingston J. K., et al., 2019).

Особого внимания заслуживает дорожно-транспортный травматизм у детей, поскольку это важнейшая причина смерти среди детей от 5 до 17 лет. Смертность от ДТП в 12 раз выше, чем у других лиц, в 7 раз чаще нуждаются в госпитализации, в 6 раз чаще наступает инвалидизация. Смертность от ДТП составляет 14,0 на 100 пострадавших, что в 5-7 раз выше, чем в развитых странах (Kiragu A. W., et al., 2017). Смягчение медико-социальных последствий дорожно-транспортных происшествий, оптимизация оказания лечебно-реабилитационной помощи, без сомнения, способны, в какой-то

мере, решить проблему детской смертности и инвалидности от ДТП (Шайхутдинов И.И., 2008; Кешишян Р.А., 2010; Ульянченко М.И., 2016; Дементьев И.М. с соавт., 2019).

Частыми причинами детского травматизма (по данным ВОЗ) становятся падения. Исследования в Китае показали, что на каждый смертельный случай из-за падения приходится 4 случая постоянной инвалидности (Zhou Y. et al., 2003; Ортикбоев Ж.О. с соавт., 2017).

Падения представляют собой главную причину травматических повреждений головного мозга, особенно среди маленьких детей (в возрасте от 1 года до 3 лет), с риском значительного долговременного неврологического дефицита с выходом на инвалидность. При этом мальчики больше подвержены риску падений в силу характера воспитания, социализации, ролевых ожиданий, а также большего участия мальчиков в рискованном поведении и опасных играх (Всемирный доклад ВОЗ и ЮНИСЕФ, 2008; Kim P.T., et al., 2017).

Ожоги горячей жидкостью и контактные ожоги являются распространенными причинами не смертельных травм и инвалидности. Они могут приводить к значительным долговременным последствиям, когда из-за отсутствия всесторонней и скоординированной программы медицинской реабилитации, у детей могут на всю жизнь остаться как физические рубцы, приводящие к ограничению жизнедеятельности, так и психические (Alinejad A. et al., 2001; Ушакова Т.А., 2009; Омурбеков Т.О. с соавт., 2016). По данным А.А. Алексеева с соавторами (2004), Т.А. Ушаковой (2004), А.Г. Гончаренко (2009), лечение ожогов ложится тяжелым экономическим бременем на систему здравоохранения. Вдобавок к этому, существуют также расходы родственников детей, связанные с госпитализацией, необходимостью долговременной медицинской реабилитации, пропущенными занятиями и потерянным образованием, возможной безработицей в будущем, социальным отторжением и другими

психологическими проблемами (Алексеев А.А. с соавт., 2004; Ушакова Т.А., 2004; Шинкарик И.Г., 2006; Kim P. T. et al., 2017).

Ожоги – это единственный тип неумышленных травм, по которым у девочек наблюдается более высокий показатель травматизма, чем у мальчиков. Самая большая разница в показателях для мальчиков и девочек наблюдается в Юго-Восточной Азии и в странах со средним и низким доходом Восточного Средиземноморья (Всемирный доклад ВОЗ по профилактике детского травматизма, 2008).

Следует отметить, что «…травматизм в детском возрасте нередко становится причиной инвалидности на всю жизнь. В структуре первичной инвалидности на долю у детей в возрасте до 17 лет включительно в РФ по последствиям травм и других несчастных случаев приходится 3-5 %...» (Статистические сборники основных показателей инвалидности детского населения, ФМБА 2008-2017; Артемова И.Г., 2007; Яцышена Т.Л., 2008; Яцышена Т.Л., 2008; Козлов С.И., 2010; Пожарищенский К.Э., 2010).

В республике Беларусь этот показатель в течение 2000-2008 гг. составил 0,71 на 10 тысяч детского населения, с 2009 года наметилась тенденция к снижению – 0,47 (Всемирный доклад ВОЗ по профилактике детского травматизма, 2008). В Российской Федерации этот показатель остается высоким - 0,9 на 10 тысяч детского населения, но с 2009 года наметилась также тенденция к снижению - 0,7 (Статистические сборники основных показателей инвалидности детского населения, ФМБА 2008-2017).

«…Все виды травматизма характеризуются одинаковыми причинами, социально-экономическими и средовыми детерминантами…» (Wilkinson R. et al., 2003). «…Риску травматизма подвержены именно дети, поэтому необходимы специальные меры для защиты их прав на здоровье и безопасную окружающую среду, в которой риск получения травмы сведен к минимуму…» (Рошаль Л.М. с соавт., 2001; Runyan C.W. et al., 2000; WHO Regional Office for Europe, 2006; Бухвалов С А., 2010).

Сегодня проблема детского травматизма и связанная с ним инвалидность остаётся актуальной во всем мире. Поскольку травма связана с поведением конкретного человека, повреждение зачастую является предсказуемым, а значит, предотвратимым. Поэтому приоритетным направлением по снижению травматизма является его профилактика (Peden M., 2001).

По нашему мнению, детский травматизм может быть предотвращен благодаря организованным усилиям общества. Но для этого требуется решительная и непрекращающаяся поддержка на всех уровнях государственного управления и общества.

«…Должны быть выделены необходимые ресурсы, создан организационно-кадровый потенциал и сформирована система программных целей и принципов, чтобы можно было осуществлять действенные меры с участием многих заинтересованных партнеров…» (Короткова А.В., 2003; UNICEF Serbia, 2007). «…Придав профилактике детского травматизма более высокий уровень приоритетности, государства-члены станут участниками глобального движения за снижение одной из ведущих причин детской смертности и создадут предпосылки к более безопасному, более справедливому обществу для детей в Европейском регионе…» (Zwi A. et al., 2002. Всемирный доклад ВОЗ и ЮНИСЕФ, 2008; WHO Regional Office for Europe, 2005).

1.2. Организация оказания травматолого-ортопедической помощи детям в РФ и за рубежом

Специализированная медицинская помощь, в том числе травматолого-ортопедическая, является одним из наиболее востребованных видов медицинской помощи. Поэтому дальнейшему развитию и совершенствованию специализированной медицинской помощи уделено особое внимание в Государственной программе РФ «Развитие

здравоохранения» до 2020 года, Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года и Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года (Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351; распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р; Щепин О.П., Медик В.А., 2011; Дементьев И.М., 2019; распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р).

Согласно статьи 34 Основ охраны здоровья граждан в РФ установлено, что «Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию» (ФЗ РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ). Приказ Минздравсоцразвития России от № 243н от 16.10.2010 г. и Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи определяют, что «Специализированная медицинская помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий» (Постановление Правительства РФ от 21.10.2011 № 856).

«…Основополагающим направлением при оказании специализированной медицинской помощи является система этапного лечения. Внедрение этапности в организацию специализированных видов медицинской помощи способствует решению в оптимальном варианте организационно-функциональной структуры специализированной службы…» (Прусаков В.Ф. с соавт., 2009). «…На первом этапе оказание медицинской помощи должны осуществлять территориальные медицинские организации, где представлены основные виды МП (территориальные поликлиники, медико-санитарные части, центры общей врачебной (семейной) практики, больницы скорой медицинской помощи, районные

больницы (РБ), центральные районные больницы (ЦРБ)); на втором этапе – медицинские организации, оказывающие более узкие специализированные виды помощи и обслуживающие население, проживающее на территориях, входящих в сферу деятельности нескольких территориальных поликлиник (консультативно-диагностические поликлиники, межрайонные кабинеты, диспансеры, крупные многопрофильные городские больницы, центральные городские больницы); на третьем этапе – специализированные отделения на базах региональных и крупных городских больниц; на четвертом этапе – межрегиональные центры; на пятом этапе – федеральные центры…» (Прусаков В.Ф. с соавт., 2009; приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н; Приказ Минздрава России от 06.08.2013 № 529н). В настоящее время порядок оказания специализированной МП на территории РФ осуществляется в соответствии с «приказом Минздравсоцразвития России от 16.04.2010 г. № 243н, которым определено, что данную помощь населению могут оказывать медицинские организации различных организационно-правовых форм собственности в соответствии с порядками и стандартами оказания отдельных видов СпМП, имеющие соответствующую лицензи» (Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291; приказ МЗ России от 11.03.2013 № 121н).

Оказание медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия» в настоящее время регламентировано приказом Минздрава России № 901н от 12.11.2012г. Этим приказом утвержден «Порядок оказания медицинской помощи населению (взрослым и детям) при травмах и болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани, определены виды оказания травматолого-ортопедической помощи, штатные нормативы медицинского персонала, стандарты оснащения…».

Наиболее оптимальной формой оказания амбулаторной травматолого-ортопедической помощи являются травматологические пункты. Организация круглосуточных травматологических пунктов рекомендуется только в

достаточно крупных городах или административных районах городов с населением не менее 200 тыс. человек (в областных, краевых и республиканских центрах с населением не менее 100 тыс. человек) на базе одной из поликлиник города или в многопрофильной больнице. «…При организации травматологического пункта необходимо учитывать уровень травматизма в регионе. Для районов с высоким уровнем травматизма решением органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения травматологические пункты могут быть открыты для обслуживания меньшего количества населения…» (Приказ Минздрава СССР от 11.10.1982 № 999; Дорофеев А.Л. с соавт, 2009; Корнилов Н.В. с соавт., 2018).

«…Оказание амбулаторной консультативной, диагностической и лечебной травматолого-ортопедической помощи населению, диспансерное наблюдение и медицинская реабилитация, направление на госпитализацию больных с травмами и болезнями костно-мышечной системы, участие в отборе пациентов для оказания ВМП (высокотехнологичной медицинской помощи), а также учет лиц, ожидающих и получивших ВМП, осуществляется в кабинетах травматологии и ортопедии. Кроме того, в функции вышеуказанных кабинетов входят: проведение мероприятий по профилактике травматизма; осуществление экспертизы временной нетрудоспособности; участие в организации и проведении школ здоровья для больных с последствиями травм и болезнями костно-мышечной системы…» (Приказ Минздрава России № 901н от 12.11.2012).

«…Амбулаторная травматолого-ортопедическая помощь населению представлена в том или ином виде в каждом городе или районе. Однако амбулаторные приемы травматологов-ортопедов организованы лишь в городских поликлиниках и крупных многопрофильных стационарах и, как правило, представлены круглосуточными или сменными травматологическими пунктами, где оказывается, в основном, экстренная

помощь пострадавшим…» (Миронов С.П. с соавт., 2007; Дорофеев А.Л. с соавт., 2009).

Обобщая вышеизложенное, можно отметить, «что сеть травматолого-ортопедической службы РФ представлена:

- первичными отделениями (кабинетами) неотложной травматологии и ортопедии (травматологическими пунктами), отделениями (кабинетами) травматологии и ортопедии, дневными стационарами на базах АПУ или стационаров;

- специализированными травматологическими и ортопедическими отделениями, межрайонными травматологическими отделениями, травматологическими центрами на базе крупных многопрофильных больниц, специализированными центрами на базе региональных больниц, федеральными центрами;

- реабилитационно-восстановительными учреждениями (кабинетами, дневными стационарами, отделениями, центрами, санаторно-курортными организациями)…» (Аминова З. М., 2008; Кириченко Ю. Н., 2009; Травматология, 2018).

По мнению многих авторов, «… существующая в настоящее время система организации травматолого-ортопедической помощи далека от совершенства, особенно в регионах с низкой плотностью населения, и не способна в полной мере обеспечить возложенные на нее функции…» (Миронов С.П. с соавт., 2006; Баиндурашвили А.Г. с соавт., 2008; Миронов С.П. соавт., 2010; Пелеганчук В.А., 2010; Травматология, 2011; Щепин В.О., 2011; Щепин О.П. с соавт., 2011).

Несомненно, определенный интерес представляет опыт организации травматолого-ортопедической помощи в других развитых странах.

Так, например, в Германии, где ортопедия как дисциплина соответствует травматологии и ортопедии в России, ортопедическая помощь предусматривает профилактику, диагностику и лечение врожденных и

приобретенных функциональных нарушений, болезней, повреждений и последствий повреждений опорно-двигательного аппарата, а также восстановительное лечение (реабилитацию) больных с патологией опорно-двигательного аппарата. Ортопедическая помощь в Германии осуществляется: 1) в так называемых "острых" больницах; 2) в больницах для восстановительного лечения (Reha-клиниках); 3) в частных ортопедических амбулаториях.

Около 55% врачей, в том числе ортопедов, работают в системе частной практики, около 40% - в клиниках (стационарах), остальные 5% - в министерствах, управлениях, страховых компаниях (больничных кассах), фармацевтической промышленности, т. е. собственно лечебной работой не занимаются.

В "острых" больницах пациенты получают в основном ортопедо-хирургическую и травматологическую помощь, в том числе неотложную консервативную, либо те виды помощи, которые требуют специального оборудования, специальных условий. В послеоперационном периоде, а также в случаях, когда больной с самого начала нуждается в "типовом" консервативном лечении, пациенты поступают в Reha-клиники.

В "острых" больницах пациенты находятся обычно до 4 недель. При необходимости дальнейшего лечения переводятся в Reha-клиники, где средняя продолжительность их пребывания составляет 4-6 недель (для травматологических больных - несколько больше). Кроме собственно лечения, в этих клиниках осуществляется и медицинская часть профессиональной реабилитации или, при необходимости, профессиональной переориентации пациентов.

Амбулаторная ортопедическая помощь оказывается преимущественно частнопрактикующими ортопедами. Широкое распространение получила практика так называемых "частичных" стационаров: больной живет дома, но получает лечение в стационаре в полном объеме.

В Германии лечение всегда платное. Обычно оно оплачивается больничными кассами, которые, в свою очередь, получают деньги в виде страховых взносов (обязательного или добровольного страхования), либо в рамках социальной помощи. Частные больничные кассы оплачивают более широкий перечень лечебных и диагностических манипуляций, более комфортные условия при лечении в стационаре, но и собирают более высокие ежемесячные взносы.

Число коек в ортопедических стационарах обычно колеблется от 65 до 100, в больницах для восстановительного лечения – 150-200. На одного врача приходится, как правило, 25-27 пациентов, на 2-3 ассистентов — один старший врач. Количество клиник и врачей в стране регулируется в основном рыночными механизмами.

Важно отметить, что большое внимание в Германии уделяется подготовке врачей-специалистов в области ортопедии. Длительность учебы в медицинском вузе (на медицинском факультете университета) составляет 6 лет. Далее выпускник медицинского вуза становится врачом-практикантом (Arzt in Praxis (AiP). Продолжительность этапа 18 месяцев, после чего врач-AiP получает право работать самостоятельно по специальности в должности врача-ассистента. Следующий этап – специализация. Из 6 лет специализации 1 год врач работает в хирургии и 5 лет — непосредственно в ортопедии, где получает навыки терапии, неврологии или морфологии, проходит амбулаторную практику на базе соответствующим образом оснащенных и укомплектованных клиник, имеющих специальное разрешение.

По окончании специализации врач-ортопед получает документ, удостоверяющий его теоретические познания и практические навыки в области диагностики и лечения повреждений и болезней опорно-двигательного аппарата, в том числе оперативного лечения с применением "обычных", "типичных", "не специальных" вмешательств. Для работы с применением так называемых "специальных" ортопедических методов

(например, микрохирургических, ревматологических) требуется дополнительное 2-летнее усовершенствование с получением соответствующего сертификата. При этом врач в Германии имеет право оказывать лишь те виды помощи, которые четко определены его подготовкой, обучением (Каднер П. с соавт., 1995).

Несомненный интерес представляет опыт формирования систем травматологической помощи в США. Начало организации травматологической помощи здесь было положено в 1949 г. с создания «…Комитета по травме Американского колледжа хирургов (American College of Surgeons Committee on Trauma, далее ACSCOT)…», который, в свою очередь, возник из Комитета по лечению переломов, основанного в 1922 г. В дальнейшем формирование системы травматологической помощи прошло длительный путь создания травматологических факультетов, травматологических центров, травматологических систем штатов (местных систем EMS - Emergency Medical Services), систем догоспитальной помощи, в масштабе штатов и на местном уровне, с целью доставки пациентов в крупные больницы, разработки стандартов оценки качества оказания травматологической помощи, основных критериев, которым должны соответствовать все системы оказания травматологической помощи, с акцентом на ее непрерывность. В результате системы оказания травматологической помощи стали включать «…следующие компоненты: специализированные травматологические центры, средства по перевозке и сортировке пострадавших, системы учета и записи травм, а также мероприятия, направленные на просветительскую работу с населением, и профилактику травм...». Первый шаг – включал создание законодательной базы для развития конкретной системы. Следующий — обоснование необходимости такой системы. Новейший современный подход, «… касающийся планирования травматологических систем, использует модель общественного здравоохранения для оценки, разработки стратегий и анализа

результатов…» (История развития травматологической системы…https://medicalplanet.su/perelomi_i_travmi/istoria_travmatologicheskoi_sistemi.html MedicalPlanet; Towner, E., 2005; Sethi, D. et al. 2006; Kiragu, A. W., et al., 2017).

Сложившаяся в Российской Федерации система детской травматолого-ортопедической помощи как самостоятельный раздел помощи включает в себя «…амбулаторную помощь, стационарную, специализированную и восстановительное лечение. Основными принципами организации медицинской помощи детям с травмами являются: проведение профилактических мероприятий; преемственность в лечении; взаимосвязь раннего выявления, диспансеризации и реабилитации; подготовка кадров…» (Горбунова З.И. и др., 2011; Baudin F. et al., 2016).

«…Сеть медицинских организаций, оказывающих амбулаторную травматолого-ортопедическую помощь детям, также как взрослым включает травматологические пункты, травматологические и ортопедические кабинеты (отделения) в детских поликлиниках, травматологические и ортопедические отделения в детских больницах, отделения (кабинеты) восстановительного лечения в АПУ и стационарах, учреждения восстановительного лечения…» (Малахов О.А., 2001; Малахов О.А. с соавт. 2003; Малахов О.А. с соавт., 2004; Фомичев Н.Г. с соавт., 2004; Баиндурашвили А.Г. с соавт., 2010; Миронов С.П. с соавт., 2010; Yee A. et al., 2014).

В то же время «…организация медицинской помощи детям имеет некоторые особенности…», поэтому, по мнению О.А. Малахова (2001), «…к организации данного вида помощи детям в разных регионах необходимо подходить дифференцированно, с учетом местных особенностей…». «…Учреждения, оказывающие травматолого-ортопедическую помощь детям, имеют самые разнообразные формы в зависимости от местных условий,

численности прикрепленного населения и др. …» (Малахов О.А. с соавт., 2003; Баиндурашвили А.Г. с соавт., 2010).

«…В связи с особенностями специальности к травматологу-ортопеду обращаются два потока пациентов: первую группу составляют дети с травмами, которым оказывается неотложная помощь, вторую – пациенты с врожденными и приобретенными заболеваниями ОДА для оказания консультативной и плановой помощи …» (Малахов О.А., 2001; Малахов О.А. с соавт., 2003; Соловьева К.С., 2006; Баиндурашвили А.Г с соавт., 2010; Девяткина А.Н., Зиневич С.Л., 2011; Юрьев В.К. с соавт., 2019).

Для оказания специализированной медицинской помощи больные с травмами направляются в специализированные травматолого-ортопедические или хирургические отделения региона (Шамсудинова Д.З. с соавт., 2009; Brusalis, C.M. et al., 2017).

Многие авторы отмечают недостаточную обеспеченность травматолого-ортопедической помощью детей в сельской местности, и особенно в регионах с низкой плотностью населения (Миронов С.П. с соавт., 2006; А.Г. Баиндурашвили А.Г. с соавт., 2008; Миронов С.П. с соавт., 2010; Пелеганчук В.А., 2010; Щепин В.О. с соавт., 2011; Щепин О.П. с соавт., 2011; Баиндурашвили А.Г. с соавт., 2013, и др.). «…Почти в половине случаев при оказании МП в условиях сельских районов имеет место несоответствие оказываемой помощи современным требованиям…» (Солодунов Е.П., 2007). «…Так, при диагностике повреждений имели место недостатки у 8,3%, при осуществлении лечебных мероприятий в соответствии с медицинскими показаниями – у 9,5%, при осуществлении восстановительного лечения – у 7,8%. Кроме того, в регионах с малой плотностью населения и сельской местности медицинские организации, оказывающие СМП, сосредоточены в районных административных центрах, часто значительно удаленных от сельских населенных пунктов, что делает этот вид помощи практически недоступным для населения…» (Малахов О.А. с соавт., 2003; Андреева Т.М,

Троценко В.В., 2006; Бутаев А.П., 2007; Шамсутдинова Д.З. с соавт., 2009; Баиндурашвили А.Г. с соавт., 2010; Борозда И.В., Карнаух Н.И., Бородин И.С., 2012).

По данным С.П. Миронова с соавторами (2007), А.Г. Баиндурашвили с соавторами (2010), «…часто приемы детских травматологов-ортопедов организованы лишь в региональных и крупных районных центрах…». Это связано с тем, что по «…рекомендуемым штатным нормативам медицинского персонала в отделениях (кабинетах) травматологии и ортопедии АПУ выделяется 1 должность врача на 12,5 тыс. детского населения…» (Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 901н). Кроме этого, «…амбулаторная травматолого-ортопедическая служба испытывает и другие сложности. Так, детские травматологические пункты функционируют не во всех областных центрах и укомплектованы они на 50% детскими хирургами. Из-за малой мощности амбулаторной травматолого-ортопедической службы невозможно в полном объеме осуществлять диспансерное наблюдение за больными с патологией ОДА…» (Малахов О.А. с соавт., 2003; Андреева Т.М. с соавт., 2006; Миронов С.П. с соавт., 2007, 2013; Дорофеев А.Л, с соавт., 2009; Баиндурашвили А. Г. с соавт., 2010).

В течение последних лет происходит сокращение детских травматолого-ортопедических коек в большинстве регионов. «…В 2015 г. обеспеченность детского населения РФ травматологическими койками составляет 1,4 на 10 тыс. населения…», по сравнению с 2014г она сократилась на 1%. Только в Северо-Кавказском ФО число коек осталось неизменным. Увеличилось число специализированных коек в Приволжском (+1,6%) и Сибирском (+1,3%) федеральных округах (сборник …ЦИТО, 2008-2016; Миронов С.П., 2010). Курская область является одним из пяти субъектов Российской Федерации (Республика Ингушетия, Ненецкий, Ямало-Ненецкий и Чукотский автономный округ), где отсутствуют

специализированные травматологические койки для детей (сборник…ЦИТО, 2011-2017).

«…Значительный дефицит ортопедических коек приводит к тому, что только 5,8-16,1% больных получают лечение на специализированных койках, более половины лечатся в детских и взрослых хирургических отделениях, а более трети детей с травмами госпитализируются во взрослые стационары...» (Андреева Т.М. с соавт.; Миронов С.П., Троценко В.В., Андреева Т.М. и др., 2006; Миронов С.П., 2010; Кайсаров И.Г. с соавт., 2017; сборник …ЦИТО, 2009-2018).

«…Очевидно, что с таким коечным фондом невозможно удовлетворить потребность в специализированном стационарном лечении и трудно гарантировать высококвалифицированную медицинскую помощь…» (Андреева Т.М. с соавт., 2006; Шамсутдинова Д.З., Пивень Д.В., Селиверстова Л.В., 2009; Породенко В.А. с соавт., 2019).

Стационарное лечение является одним из важнейших этапов оказания травматолого-ортопедической помощи детям. В сельской местности и в населенных пунктах с численностью детского населения менее 10-15 тыс. травматолого-ортопедическая помощь детскому населению почти полностью отсутствуют. Дети и подростки получают помощь в учреждениях взрослой сети у хирургов и других специалистов.

Результаты исследований Л.Б. Буданцевой с соавт. (2006), С.Г. Суворова с соавт. (2009) свидетельствуют, «…что первоочередная госпитализация пострадавших детей в ближайшие МО позволяет не только стабилизировать их состояние, но и провести медицинскую сортировку, выделив контингент, нуждающийся в различных видах СМП и обеспечить последующий перевод в профильные отделения…». Е.А. Спиридонова с соавт. (2010) указывает на «… необходимость перевода пострадавших детей с травмой на специализированный этап в кратчайшие сроки…». «…Стационарное лечение является одним из важнейших этапов оказания

травматолого-ортопедической помощи детям. В каждой территории структура специализированной стационарной помощи этого профиля разная. Большая часть коек травматологического и ортопедического профилей находится в составе специализированных отделений, кроме этого, детские травматологические и ортопедические койки могут входить в состав детских хирургических отделений. В большинстве же субъектов РФ имеется по одному детскому травматолого-ортопедическому отделению, как правило, расположенному на базе региональной или в составе детской многопрофильной больницы. Ряд территорий не имеет ортопедических отделений…» (Малахов О.А. с соавт., 2003; Баиндурашвили А.Г. с соавт., 2007).

Высокотехнологичная медицинская помощь «…в значительной степени расширяет возможности и повышает эффективность здравоохранения, это наиболее эффективный вид помощи, который приводит к существенному улучшению состояния здоровья и качества жизни детей. Поэтому повышение доступности, качества и дальнейшее развитие ВМП, в том числе детям, является в настоящее время одной из основных задач современного здравоохранения…» (Мыльникова Т.А. с соавт., 2013). С 2006 по 2011 гг. объемы ВМП детям увеличились в 2,7 раза (с 19,8 тыс. до 54,7 тыс.) (Голикова Т., 2012). «…По материалам Счетной палаты РФ доля детей в общем объеме ВМП по числу пролеченных больных постоянно растет и в 2011 г. составила 17,9% (54,7 тыс. детей), в 2010 г. – 17,3% (50,2 тыс.)…». (Отчет о результатах…, 2012).

Одной из важных проблем травматолого-ортопедичекой службы является дефицит кадров, который составляет в среднем по стране 38,9% - 39,5%. В соответствии с приказом № 901н должность заведующего отделением травматологии и ортопедии устанавливается «…на 40 коек и более, врача травматолога-ортопеда на 17 коек, медицинской сестры

палатной (постовой) и младшей медицинской сестры по уходу за больными - 4,75 должности…» для обеспечения круглосуточной работы.

Сопоставления нормативных данных при оказании медицинской помощи взрослому населению в амбулаторно-поликлинических условиях, по нашему мнению, показывают несогласованность величин норм труда в разных, одновременно действующих документах. Должность врача-травматолога-ортопеда по приказу № 901н рекомендуется устанавливать на 12,5 тыс. детского населения, что соответствует 0,8 должности на 10,0 тыс. детей, а по приказу № 92н - 1,5 должности на 10,0 тыс. детей. Нормативное число должностей санитаров в приказе № 92н отсутствует для всех врачей амбулаторного приема, в том числе и для врача-травматолога-ортопеда. Нормативы должности заведующих отделением и медицинской сестры одинаковы в 2 приказах. Нами выявлено несовпадение в величине норм труда врача травматолога-ортопеда по разным, одновременно действующим документам, т.е. по порядкам и по положению об организации первичной медико-санитарной помощи. В амбулаторной службе по штатному расписанию было занято 44,9% врачей травматологов-ортопедов, 53,6% - в стационарной службе. Обеспеченность населения врачами травматологами-ортопедами составила в среднем 1,32 на 10000 населения. Укомплектованность врачебными кадрами достигается за счет совместительства. В среднем коэффициент совместительства равен 1,6, но в целом ряде территорий он достигает 1,5-2,0-2,3. Высокий коэффициент совместительства из-за значительной перегрузки специалиста неминуемо приводит к снижению качества оказания медицинской помощи (сборник…ЦИТО, 2014, 2015, 2016). По мнению О.А. Малахова с соавторами (2004), А.Г. Баиндурашвили с соавторами (2009, 2010) «…отсутствие квалифицированных специалистов и большое число совместителей в амбулаторной сети приводит к запоздалой диагностике, позднему началу

лечения и ошибкам, следствием чего являются неудовлетворительные результаты лечения…».

Обобщая, можно отметить, что существующая в РФ система оказания специализированной травматолого-ортопедической помощи детскому населению имеет недостатки организационного характера: недостаточная укомплектованность амбулаторной службы травматологами-ортопедами; низкая доступность специализированной травматолого-ортопедической помощи сельским жителям; несоответствие фактической потребности населения существующей сети травматолого-ортопедических кабинетов и отделений.

По мнению О.А. Малахова с соавторами (2003), «…требуется реорганизация сложившейся системы этапного лечения. Такие пострадавшие должны поступать в многопрофильные больницы, имеющие в своей структуре наряду с хирургическими и травматологическими отделениями отделения нейрохирургии, торакальное, реанимации и интенсивной терапии...».

Но это еще не всё. По мнению Д.В. Сороколетова (2018), совершенствование травматолого-ортопедической помощи детям должно происходить по пути создания при многопрофильных стационарах, в амбулаторно-поликлинических учреждениях отделений реабилитации, а также формирования выездных реабилитационных мультидисциплинарных бригад.

«…Внедрение медицинской реабилитации в практику здравоохранения направлено на повышение доступности и качества помощи по медицинской реабилитации в условиях трехуровневой системы оказания медицинской помощи с целью снижения первичной инвалидизации детей. Реализация мер по совершенствованию медицинской реабилитации инвалидов вследствие травматолого-ортопедических травм, несомненно, по мнению автора, будет способствовать профилактике заболеваемости и инвалидности данного

контингента детей…» (Артемьева Г. Б. с соавт., 2017; Сороколетов Д.В., 2018).

Совершенствование системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов одно из основных направлений Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 года. В работе Р.В. Горенкова с соавторами проведен анализ существующей системы реабилитации инвалидов, определены основные факторы, определяющие ее недостаточную эффективность. По мнению авторов, несмотря на ратификацию Конвенции «О правах инвалидов», приведение законодательства в соответствие с основными ее положениями, создание организационных структур для решения вопросов инвалидов и т.д., нормативно-правовая база требуют доработки и уточнения. Это сказывается на качестве медико-социальной экспертизы и оценки проведенных реабилитационных мероприятий (Горенков Р.В. с соавт., 2019).

«Проблема обеспечения качества медицинской помощи включена в деятельность Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)». Задача по достижению «Здоровья для всех - «Качество обслуживания и соответствующая технология» формулируется следующим образом (пункт 31): « … все государства – члены ВОЗ должны иметь соответствующие структуры и механизмы для обеспечения непрерывного повышения качества медико-санитарной помощи и совершенствования соответствующего развития и использования технологии здравоохранения…» (Щепин О.П. с соавт., 2002; Андреева О.В. с соавт., 2003; ВОЗ: новый стандарт на документальную регистрацию здоровья детей и подростков, 2007, [эл. ресурс]; Воробьев П.А., 2007).

Многие страны руководствуются известным определением ВОЗ: «Каждый пациент должен получить такую медицинскую помощь, которая привела бы к оптимальным для его здоровья результатам в соответствии с уровнем медицинской науки, возрастом пациента, диагнозом заболевания,

реакцией на лечение. При этом должны быть привлечены минимальные средства, риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности должен быть минимальным, а результат и удовлетворение от процесса оказываемой медицинской помощи максимальным» (Kanfer R., 2000; Назаренко Е.А., 2002).

В «…США идеи повышения качества медицинской помощи, удовлетворенности потребителей качеством медицинских услуг и защиты их прав давно активно развиваются как в научных исследованиях, так и на практике…» (Луговкина Т.К. с соавт., 2007; Brusalis C.M. et al., 2017).

Во многих странах во врачебных ассоциациях и страховых организациях создаются подразделения, занимающиеся качеством медицинской помощи (Бутман Я., 2003; Колыхалова Г.А. 2003; Collins M., et al., 2006; Линденбратен А.Л. с соавт., 2011).

Качество медицинской помощи – это есть не что иное, как характеристика, отражающая степень адекватности медицинских технологий, выбранных для достижения поставленной цели, и соблюдения их профессиональным стандартам.

«…Доступность медицинской помощи означает, что она не должна зависеть от географических, экономических, социальных, культурных, организационных и языковых барьеров…» (https://esu.citis.ru/dissertation/UEMLYHIJSOTZ2XPWWKBGUMCI).

«…Безопасность означает сведение к минимуму риска побочных эффектов диагностики, лечения и других нежелательных последствий оказания медицинской помощи. Действующая система здравоохранения должна, прежде всего, отвечать ожиданиям пациентов в получении качественной медицинской помощи, насколько она адекватна его состоянию…» (Медик В.А., Юрьев В.К., 2013).

В настоящее время «…первостепенное внимание должно уделяться выявлению причин низкого качества медицинской помощи, которые тесно

связаны с совершенствованием технологий внутри лечебно-профилактического учреждения, с неполным обследованием, регламентированном клиническими рекомендациями и утвержденными медицинскими стандартами, с отсутствием или несвоевременной консультацией врачами-специалистами, а также с отсутствием рекомендаций при выписке пациента по дальнейшему лечению и реабилитации и т.п. …» (Артемьева Г. Б. с соавт., 2017; Сороколетов Д.В., 2018).

С этой целью «… необходимо осуществлять статистический контроль технологического процесса в медицинских учреждениях, заключающийся в оценке определенного технологического процесса путем тщательного измерения его отклонений от стандартов…» (Демидов Н.А. с соавт., 1997; Голухов Г.Н., 1998; Балахонова Т.П. с соавт., 2002; Линденбратен А.Л., 2014; Сон И.М., 2016).

«…Такой контроль дает возможность определить потенциальные проблемы прежде, чем они приведут к неудовлетворительным результатам, т.е. выявить причины отклонений от стандартов и внести в процесс оказания медицинской помощи пациенту необходимые коррективы…» (Борисов А.И. с соавт., 1999; Балахонова Т.П. с соавт., 2002).

«…При оценке деятельности медицинских учреждений используются показатели, относящиеся как к качеству, так и к эффективности медицинской помощи лечебно-диагностического процесса…», которые необходимо разграничивать (Вишняков Н.И. с соавт., 1997; Воробьев П.А., 2007; Науменко Л.Л., 2010; Линденбратен А.Л., 2015, 2016).

В Московской области в рамках единой информационной системы в сфере здравоохранения с целью повышения качества лечения пациентов на основе совершенствования информационной поддержки деятельности медицинских организаций «…создан программный комплекс, позволяющий осуществлять статистический и экономический анализ для проведения финансового моделирования работы травматологических центров в

интересах обеспечения высокого качества лечения и предотвращения экономических потерь общества в результате сохранения жизни и здоровья пострадавших в ДТП…» (Дементьев И.М. с соавт., 2017, 2019).

«…Эффективность медицинской помощи отражает степень достижения конкретных конечных результатов при определенных временных, трудовых и материальных затратах. Дальнейшее совершенствование, повышение эффективности травматолого-ортопедической помощи детям, весьма актуальная проблема здравоохранения, которая в значительной степени определяется качеством, доступностью и безопасностью оказываемой медицинской помощи…» (Цибизов, А.И., 2007; Баранов А.А. с соавт., 2010; Лубенец А.Е., 2012; Егиазарян К.А., 2017).

«…Качество медицинской помощи отражает степень соответствия проводимого комплекса мероприятий медицинским стандартам или правилам выполнения тех или иных технологий, направленных на обеспечение результативности лечения…» (Абашин Н.Н., 1998; Вишняков Н.И. с соавт., 1997, 1998; Хвастунов Р.М. с соавт., 1998; Тишук Е.А. с соавт., 2003; Филатов В.Б. с соавт., 2003; Шарапова О.В., 2005; Хабриев Р.У., 2005; Мелянченко Н., 2010; Калиниченко В.И., 2015; Линденбратен А.Л. с соавт., 2015; Кицул И.С., 2016).

Таким образом, оказание качественной травматолого-ортопедической помощи детям зависит не только от выполнения медицинских стандартов, но и от технологической оснащенности организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, от полноценного информационного обеспечения.

1.3. Особенности психологического статуса семьи, воспитывающей ребенка-инвалида

Важным аспектом оказания травматолого-ортопедической помощи детям является учет психологического статуса семьи, воспитывающей ребенка-инвалида вследствие травмы (Falcone R.A., Jr. et al., 2016).

Специфика детской инвалидности состоит в том, что ограничения жизнедеятельности (снижение способности к игровой деятельности и обучению, общению в коллективе сверстников, контролю над собой и т.д.) возникают в период формирования высших психических функций, усвоения знаний и умений, в период становления личности (Камаев И.А., Позднякова М.А., 2004; Ермолаев, Д.О. с соавт., 2007; Баранов А.А., 2008; Козлов С.И., 2010).

Инвалидность в детском возрасте оказывает влияние на формирование личности ребенка-инвалида, накладывает ограничения на проявление его личностных качеств (Гришина Л.П., Козлов С.И., 2010; Морозова Е.В., 2010; Светличная Т.Г., Нестерова И.В., 2007; Стародубов В.И., Пузин С.Н., 2006). «…Другими словами, инвалидность у детей - более тяжёлое явление, чем инвалидность у взрослых, ибо оказывает влияние на развитие психики, приобретение навыков, усвоение знаний…» (Морозова Е.В., 2006, 2008; Зелинская Д. И., 2008).

Условия жизни семей с детьми-инвалидами пока крайне неблагоприятны. Инвалидность детей ведет к резкому снижению уровня жизни их семей, нередко к разводу родителей. Семейные взаимоотношения являются одним из основных факторов формирования психического здоровья детей (Пузин С.Н., 2009; Морозова Е.В., 2010).

«…Существует целый ряд насущных проблем, без решения которых невозможны ни реабилитация, ни интеграция ребенка-инвалида в общество. Психологический климат в семье зависит от межличностных отношений, что определяет условия воспитания, обучения, медико-социальную

реабилитацию…» (Соколова Н.А. с соавт, 2013). «…Выделяют три типа семей по реакции родителей на появление ребенка-инвалида:

1. С пассивной реакцией, связанной с недопониманием существующей проблемы;

2. С гиперактивной реакцией, когда родители усиленно лечат, находят «докторов-светил», дорогостоящие лекарства, ведущие клиники и т.д.;

3. Со средней рациональной позицией: последовательное выполнение всех инструкций, советов врачей психологов...» (Гончарова В.Г. с соав., 2014).

Данный аспект проблемы может рассматриваться через психологический статус семьи (ПСС), представляющий собой многоуровневый социально-психологический процесс адаптации, который затрагивает все аспекты эмоционально-волевой, когнитивной, потребностно-мотивационной и поведенческой сферы с учетом семейного, образовательного и социально-экономического статуса семьи (Морозова Е.В., 2010).

Ограничение движений, нарушение учебной деятельности, измененный обычный распорядок дня приводят к перестройке самосознания и самооценки ребенка (Морозова Е.В., 2008; Морозова Е.В., 2010).

«…В процессе работы с ребенком необходимо выяснить, насколько семья информирована в вопросах не только заболевания и реабилитации своего ребенка, но и адекватного отношения, как к дефекту, так и самому ребенку, так как успех реабилитационных мероприятий зависит от потенциала семьи. Родители не меньше ребенка нуждаются в психологической помощи, поддержке и информации…» (Зенина С.Л., 2010; Kerns S. E. et al. (2016).

Традиционно, проблема семей, имеющих детей с ограниченными возможностями, в нашей стране рассматривались исключительно через призму самого ребенка. Работа с родителями, как правило, ограничивалась

консультациями по вопросам его обучения и воспитания, но при этом упускался аспект эмоционального состояния самих родителей. Родители не меньше ребенка нуждаются в психологической помощи, поддержке и информации (Шкурко М.А. с соавт., 2010).

В связи с состоянием ребенка искажается поведение взрослых, нарушатся взаимодействие с социальным окружением, сужается круг общения до близких родственников, врачей, учителей, дефектологов. Изменяются и отношения внутри семьи: между супругами, родителями и детьми. В большинстве случаев отцы оставляют семью с ребенком-инвалидом и лишь 4% помогают в воспитании (Морозова Е.В. с соавт., 2010; Шабалина Н.Б., 2002; Шкурко М.А. с соавт., 2010). «…У детей-инвалидов легко формируются предпосылки для социально-психологической дезадаптации. Это определяет необходимость проведения адекватных реабилитационных мероприятий данного контингента детей. Реабилитация инвалидов детского и подросткового возраста имеет конечной целью интеграцию такого ребенка в социум…» (Пузин С.Н. с соавт., 2010; Морозова Е.В., 2008).

«…В современной реабилитологии важнейшим принципом реабилитации является ориентация на функциональные возможности ребенка, его собственную мотивацию к выздоровлению, перенос центра тяжести реабилитационного процесса в семью на основе выстраивания партнерства детей и специалиста, родителей в достижении цели. В основе этого принципа лежит индивидуальный подход – помощь должна быть направлена на индивидуальные потребности того, кто ее принимает, согласована с самим ребенком (в доступной для его возраста форме) и его родителями. Сотрудничество с семьей ребенка, имеющего нарушения здоровья и ограничения жизнедеятельности, включение членов семьи и близкого окружения в реабилитационный процесс являются облигатным компонентом реабилитации, от которого во многом зависит успешность

проводимых мероприятий…» (Зелинская Д.И., 2008, 2012; Лильин Т.Е. с соавт., 2011).

Как видим, определение психологического статуса семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями, включает в себя такие характеристики как психологический климат в семье, родительский стиль взаимодействия с ребенком, реабилитационную компетентность семьи. Психологическое обследование семьи, имеющей ребенка - инвалида, необходимо с одной стороны для выявления системы отношений семьи, в которой развивается ребенок, с другой стороны – для оказания психологической помощи.

Таким образом, достижение полного восстановления здоровья ребенка, получившего травму, интегрированности ребенка и его семьи в социум во многом зависят не только от выполнения Федеральных (региональных) медицинских стандартов и качественного оказания медицинской помощи, но и от типа реагирования семьи ребенка инвалида. Однако анализ новых направлений совершенствования травматолого-ортопедической помощи детям позволяет говорить о недостаточной изученности вопросов восстановительного лечения и медицинской реабилитации больных и инвалидов вследствие травматолого-ортопедических заболеваний детей.

Все вышесказанное определило актуальность, цель и задачи проведения данного исследования, чему посвящены следующие главы работы.

ГЛАВА 2. МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ. ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Основные понятия, используемые в настоящей работе

Дети - особая социально-демографическая группа населения, имеющая возрастные границы от рождения до 17 лет включительно и специфические потребности и интересы, социально-психологические особенности.

Инвалид – «состояние человека, при котором имеются препятствия или ограничения в деятельности человека с физическими, умственными, сенсорными или психическими отклонениями».

Ребенок – инвалид – «дети до 18 лет, имеющие ограничения жизнедеятельности», приводящие к потере социальной адаптации в результате нарушения функций организма по причине патологии.

Инвалидность – нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящие к ограничения жизнедеятельности человека и нуждаемости в мерах социальной защиты.

Первичная инвалидность – отношение числа лиц, впервые признанных инвалидами в данном календарном году, к населению в целом или к его отдельным группам (например, к общему числу рабочих и служащих); обычно этот годичный показатель вычисляется на 10000 человек.

Инвалидизация – это процесс нарастания доли лиц с инвалидностью, обусловленный распространением инвалидизирующих патологий и внешними воздействиями, приводящими к инвалидизации.

Травма - (от др.-греч. τραῦμα «рана») — повреждение, под которым понимают «нарушение анатомической целостности или физиологических функций органов и тканей» тела человека, возникающее в результате внешнего воздействия. В зависимости от вида повреждающего фактора различают механические (ушибы, переломы и т. п.), термические (ожоги,

обморожения), химические травмы, баротравмы (под действием резких изменений атмосферного давления).

Травматизм – «совокупность травм, возникших в определенной группе населения за определенный отрезок времени».

Врач травматолог-ортопед – врач, проводящий диагностику и лечение всех болезней, связанных с опорно-двигательным аппаратом.

Качество медицинской помощи - Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» определяет как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Качество организации медицинской помощи – «включает в себя целый ряд характеристик, таких как:

- доступность медицинской помощи;
- преемственность и непрерывность медицинской помощи;
- ориентированность на пациента, его удовлетворенность;
- безопасность процесса лечения;
- своевременность медицинской помощи;
- научно-технический уровень и др.»

Восстановительное лечение – этап медицинской реабилитации, осуществляемый непосредственно после интенсивного лечения больных с травмами, операциями, отравлениями, острыми заболеваниями и обострениями хронических болезней.

Реабилитация – «сочетание медицинских, общественных и государственных мероприятий, проводимых с целью максимально возможного восстановления нарушенных или утраченных функций организма и социальной реадаптации (или адаптации) больных, пострадавших или инвалидов». По заключению Комитета экспертов ВОЗ по

медицинской реабилитации (1970), это понятие определяется как «комбинированное и координированное использование медицинских и социальных мер, обучения и профессиональной подготовки или переподготовки, имеющее целью обеспечить больному наиболее высокий возможный для него уровень функциональной активности.

Реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Реабилитационная помощь – комплекс мер, направленных на улучшение качества жизни и «восстановление способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности», включает в себя медицинскую, социальную, психологическую и другие виды реабилитации.

2.2. Программа, методика и организация исследования

Работа выполнялась по специально разработанной программе в несколько этапов. Программа исследования представлена в таблице 2.1.

Таблица 2. 1

Программа исследования

Этапы программы	Методы исследования	Источники информации и объём исследования
1	2	3
Анализ опыта организации медицинской помощи детям с травмами (2016 г.)	Изучение и обобщение опыта, аналитический	Отечественные (242) и зарубежные (56) научные публикации по теме исследования, нормативные правовые документы федерального и регионального уровня

1	2	3
Проведение сравнительного анализа показателей детского травматизма и инвалидности, связанной с ним, в субъекте РФ и стране в целом (2017-2018 гг.)	Сравнительного анализа, статистический, математический, аналитический	Ежегодный сборник ЦИТО «Травматизм, ортопедическая помощь, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России», Форма № 7-Д (собес) «Сведения о медико-социальной экспертизе в возрасте до 18 лет» Минтруда РФ по Курской области, форма №19 «Сведения о детях-инвалидах», статистические сборники ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России
Изучение качества организации и оказания медицинской, в т.ч. реабилитационной, помощи детям с различными видами травм в субъекте РФ (2017-2018 гг.)	Ретроспективного анализа, экспертных оценок, статистический, аналитический	Нормативно-правовые документы по организации оказания и контролю качества медицинской помощи детям с травмами, региональные документы о проведении ведомственного контроля качества медицинской помощи, амбулаторная карта ребенка (ф112/у) - 479 шт., медицинская карта стационарного больного (ф003/у) - 479 шт., акт освидетельствования в бюро МСЭ (ф.1503001) - 479 шт.
Оценка влияния типа реагирования семьи на объём и эффективность реабилитационных мероприятий при различных видах травм (2017-2018 гг.)	Экспертных оценок, аналитический, статистический	Акт освидетельствования в бюро МСЭ (ф. 1503001) - 479 шт., индивидуальные программы реабилитации, заключения психолого-медико-педагогической комиссии
Разработка предложений по совершенствованию качества организации и оказания медицинской помощи, направленные на снижение инвалидизации у детей, получивших травму (2017-2020 гг.)	Монографи-ческого описания, аналитический	Материалы собственного исследования

Объектом исследования являлись дети, получившие травму**, предметом -** качество организации и оказания медицинской помощи этому контингенту лиц.

В зависимости от конкретных задач **единицей наблюдения** являлись: научная публикация, акт освидетельствования в бюро МСЭ, ребенок-инвалид вследствие различного вида травм, семья ребенка-инвалида и др.

На **первом этапе** исследования был проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по вопросам детского травматизма, организации травматологической помощи детскому населению, инвалидности вследствие травм, динамики показателей детской инвалидности. Также изучалась нормативная правовая база, регламентирующая организацию контроля качества медицинской помощи, оказанной детям при травмах различного вида.

На **втором этапе** проводился сбор необходимой статистической информации. В работе использовались данные, выкопированные из отчетной и учетной документации медицинских организаций г. Курска, где оказывается специализированная помощь детям, получившим травму, и бюро медико-социальной экспертизы. Также был разработан специальный статистический инструментарий (карты экспертной оценки – Приложение 1).

«…При выборе возрастной когорты во время проведения исследования были учтены рекомендации ВОЗ (1963) по классификации возрастных периодов…» (Классификация …, [эл. ресурс]), международное (Конвенция ООН «О правах ребенка», 1989) и российское законодательство, определяющие детский возраст до 18 лет (ФЗ от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», приказы Минздрава России от 05.05.1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста»); а также документы Росстата, утверждающие формы федерального государственного статистического наблюдения; Международная статистическая классификация болезней и

проблем, связанных со здоровьем (МКБ-Х), введенная в действие приказом Минздрава России от 27.05.1997 № 170. В соответствии с этими документами к исследуемой группе населения мы отнесли детей в возрасте до 14 лет и подростков в возрасте 15-17 лет, объединив два этих возрастных периода в категорию «дети в возрасте до 17 лет включительно» (дети).

На **третьем этапе** вся полученная информация была обработана и проанализирована. При этом оценивались в динамике показатели детского травматизма и инвалидности, связанной с ним в субъекте РФ. Проводился сравнительный анализ данных показателей с таковыми по Российской Федерации. Также проводился анализ качества организации и оказания медицинской помощи, в т.ч. реабилитационной, детям с различными видами травм с целью выявления дефектов на различных ее этапах.

Выборочная совокупность для проведения экспертной оценки формировалась методом направленного отбора медицинских карт детей, имеющих статус ребенка-инвалида с последствием травм и актов их освидетельствования в бюро МСЭ. Однородность выборочной совокупности обеспечивалась отбором детей, получившим травму.

Было проанализировано 479 актов освидетельствования в бюро МСЭ (форма1503001). Выборочная совокупность для проведения экспертной оценки формировалась методом направленного отбора карт детей, имеющих статус ребенка-инвалида.

Экспертиза осуществлялась экспертной комиссией, состоящей из числа высококвалифицированных специалистов, с длительным стажем работы: главный травматолог-ортопед, главный хирург (детский), заведующий кафедрой травматологии и ортопедии, заведующий ожоговым центром, заведующие травматологических отделений (городских, областной) больниц. Диссертант входила в состав экспертной группы.

Экспертной группой проводился ретроспективный анализ оказанной медицинской помощи на всех этапах лечения до установления категории

ребенок-инвалид и комплекса индивидуальных реабилитационных мероприятий каждому ребенку-инвалиду. С этой целью сопоставлялись рекомендуемые мероприятия по всем направлениям реабилитации (медицинской, социальной, психолого-педагогической) с фактически выполненными.

Для оценки объема и качества оказанной медицинской помощи нами была разработана карта экспертной оценки. В данную карту были внесены социально-демографические сведения о ребенке (возраст, пол, состав семьи, образование, место жительства (1- 12 пункт), а также фиксировать данные о длительности инвалидности.

С помощью следующего блока карты (пункт 13-17) оценивались полнота и правильность диагноза, объём и полнота диагностических исследований, медикаментозных и оперативных методов лечения, объём фактически проведенных лечебно-восстановительных мероприятий в условиях медицинской организации до установления категории ребенок – инвалид.

Также в карте экспертных оценок были предусмотрены вопросы (пункт 18-22) для проведения оценки объёма и уровня выполненных рекомендаций и достигнутых результатов по проведению медицинской, социальной, психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями (по рекомендациям ИПР).

На основе полученных данных оценивались результаты и исходы проведенных мероприятий: восстановление утраченных функций, способности к восстановлению навыков самообслуживания, бытовой деятельности, достижения мотивации к обучению.

Экспертная оценка качества выполненных мероприятий проводилась по бальной интегрированной системе определения уровня качества медицинской помощи (УКМП). За основу было взято «…Типовое положение

о порядке проведения ведомственного контроля качества медицинской помощи в организациях Курской области...» ([эл. ресурс]).

По первому блоку карты экспертной оценки определялся коэффициент К1, по второму блоку - коэффициент К2, которые рассчитывались как среднеарифметический показатель.

Согласно Федеральным медицинским стандартам, за «…нижнюю границу необходимого уровня медицинских технологий, обеспечивающих безопасность больного…» и его выздоровление, принимается показатель 0,65 (Светличная Т.Г., Сидоров П.И., Ковалев А.В., 1996).

Оценочная шкала расчетов уровня качества медицинской помощи (К1) и лечебно-восстановительных мероприятий (по рекомендациям ИПР) К2.

Расчет К1:

За 1,0 балл был принят полный объем исследований, адекватное применение лекарственных средств, оперативных методов лечения, применение восстановительного лечения и реабилитации.

За 0,75 баллов - адекватные, но выполненные не в полном объеме лечебно-диагностические и лечебно-восстановительные мероприятия, что не повлияло на результат лечения и исход заболевания.

За 0,5 баллов - лечебно-диагностические мероприятия проводились не в полном объеме, были допущены технические погрешности, которые привели к осложнениям, что повлияло на качество лечения и исход заболевания.

0,25 баллов - неполный объем лечебно-диагностических мероприятий, негативно повлиявший на исход заболевания.

0 баллов - отсутствие необходимых лечебно-диагностических мероприятий, как и мероприятия, способствующие развитию осложнений, приведших к отрицательному исходу заболевания.

$$УКМП = К1 = \frac{ОД + ОДМ + МЛ + ОЛ + ВЛ}{\text{----------}},$$

5

Для оперированных больных, где:

ОД – оценка диагноза

ОДМ – оценка диагностических мероприятий

МЛ – медикаментозное лечение

ОЛ – оперативное лечение

ВЛ – восстановительное лечение.

Для не оперированных больных расчет коэффициента проводился по ниже представленной формуле:

$$УКМП = К1 = \frac{ДО + ОДМ + МЛ + ВЛ}{4}.$$

Так, при показателях среднего коэффициента оказания медицинской помощи К1=0,7- 1,0 должно быть достигнуто полное восстановление функций, выздоровление. При показатели К1= 0,69 и меньше возможно формирование стойких нарушений функций, приводящих к инвалидности.

Расчет К2:

Во второй части карты экспертной оценки за 1,0 были приняты результаты при достижении компенсации утраченных функций, достигнутой способности к обучению в учебном заведении общего типа, восстановлению навыков самообслуживания, бытовой деятельности, снята рентная установка, достигнута коррекция мотивации к обучению.

За 0,75 баллов - выполнение мероприятий в неполном объеме, достижение неполного восстановления утраченных навыков, социальной адаптации, обучение в заведении общего типа, но по специальной программе при соблюдении специального режима.

За 0,5 баллов – частичное выполнение рекомендаций по медицинской, психолого-педагогической, социальной реабилитации, достижение способности к обучению в специальном учебном заведении, частичное

восстановление навыков бытовой деятельности, частичное восстановление утраченных функций.

За 0,25 баллов – отсутствие положительного результата, достигнута способность к обучению на дому

0 баллов - отсутствие выполнения

$$К2 = \frac{ОММ + ОСМ + ОПМ + РММ + РСМ}{5},$$

Где: ОММ – объём медицинских мероприятий

ОСМ – объём социальных мероприятий

ОПМ – объём психологических мероприятий

РММ – результат медицинских реабилитационных мероприятий

РСМ – результат социальных реабилитационных мероприятий.

При показателях среднего коэффициента объёма проведенных лечебно-восстановительных мероприятий после установления инвалидности К2 = 0,65 - 1,0 возможно достижение наилучших результатов в социальной адаптации, компенсации функциональных нарушений в более короткие сроки.

Отдельный этап исследования был посвящен определению факторов, влияющих на объём и результат проведенных реабилитационных мероприятий при различных видах травм в зависимости от типа реагирования семьи, имеющей ребенка-инвалида. Проблема оценки реабилитационных возможностей семьи, её реабилитационного потенциала, акцентуация внимания на ресурс семьи, как на активного участника реабилитации ребенка-инвалида вызвала необходимость в изучении типа реагирования семьи.

Для определения, к какому типу реагирования относится та или иная семья, нами были привлечены психологи. В результате проведенного стандартизированного общедиагностического бланкового тестирования все исследуемые семьи были распределены по трем базисным типам

реагирования в зависимости от личностных смыслов (смысловых установок), направленности действий (целевых установок), последовательной системы привычных операций с использованием определенных средств (операционных установок) и стиля семейного воспитания.

К *первому типу реагирования (просоциально ориентированному)* были отнесены семьи, обеспокоенные здоровьем ребенка, контролирующие режим дня и качество его жизни, не желающие останавливаться на достигнутом, инициативно ищущие «золотую середину». Такие родители готовы содействовать успеху лечения, опираются на конкретные факты при восприятии ограниченных возможностей здоровья собственного ребенка, ищут новые способы реабилитации и информацию, подавляют собственные переживания и эмоции. Характерна действенная любовь: «Хочу, чтобы мой ребенок был счастлив, и буду помогать ему в этом» - с педантичным выполнением рекомендаций и уверенностью в благоприятном клиническом исходе. Некоторые опасения относительно будущей трудовой направленности и профессиональной самореализации своего ребенка преодолеваются, частично или полностью, хорошим волевым контролем, достаточным интеллектуальным потенциалом и доброжелательной семейной обстановкой.

Психологический прогноз благоприятный. По необходимости могут нуждаться в беседе с лечащим врачом.

Для *второго типа реагирования (социально зависимого)* характерны теплые отношения между родителями и детьми без склонности к возлаганию больших ожиданий на счастье ребенка и оказания поддержки ему в виду установления рамок поведения. Все сферы жизнедеятельности семей наполнены беспокойством и мнительностью в отношении возможных осложнений и неблагоприятного течения болезни с постоянной сменой привычного жизненного стереотипа. Родители не верят в успех реабилитации и постоянно ищут новые симптомы. Они нетерпеливы, недоверчивы,

избирательно общительны, склонны к реагированию по типу «раздражительной слабости». Лабильность волевого и интеллектуального компонентов структуры личности в некоторой степени может корригировать эмоциональную напряженность и скованность межличностного взаимодействия. Характерна снисходительно-отстраненная любовь: «Смотрите, какой у меня прекрасный ребенок, нельзя винить его в том, что он недостаточно умен и развит. Жаль, что у меня так мало времени для общения с ним».

Психологический прогноз относительно благоприятный. Необходимо длительное психотерапевтическое сопровождение.

У семей *с третьим типом реагирования (асоциально ориентированным)*отмечалась склонность к аффектам, неспособность принимать решения и ставить цели, выстраивать отношения с окружающими на уважении и взаимопонимании, пренебрежение мнением других, боязнь оценок. Родители стремились избегать неблагоприятного впечатления, боялись трудностей, приписывали имеющиеся осложнения халатности специалистов, «уходили в болезнь» ребенка. Резко нарушалась их социальная адаптивность, снижалась познавательная активность, менялся круг интересов. Отношение к обучению ребенка и его профессиональной ориентации было негативным, любой вид деятельности воспринимался как «непосильный» и «усугубляющий». Отсутствие жизненной перспективы и «социальная изоляция» явно нарушали чувство внутреннего равновесия у всех членов семьи и формировали отвергающий тип родительской любви: «Ребенок меня раздражает, я мучаюсь и страдаю от того, что он так не развит, не умен, неприятен другим».

Психологический прогноз неблагоприятный. Необходима консультация врача-психиатра.

На **заключительном этапе** исследования были разработаны предложения и сформулированы практические рекомендации по совершенствованию качества организации и оказания медицинской помощи, направленные на снижение инвалидизации у детей, получивших травму.

Статистическая обработка результатов исследования выполнялась на персональном компьютере с помощью пакета программ Statistica 6.0 (StatSoft Inc., Tulsa,Ok,USA) и Excel 7.0. В исследовании оценивались относительные и абсолютные величины, экстенсивные и интенсивные показатели, средние величины, стандартное отклонение, осуществлялся прогноз с помощью экстраполяции через линию тренда и др.

Достоверность различий значений показателей оценивалась с помощью параметрического критерия Стьюдента. Критерий достоверности оценивался по таблице значений критерия Стьюдента по числу степеней свободы. Решение о достоверности различий принималось в том случае, если вычисленная величина t_{St} превышала табличное значение для данного числа степеней свободы (d (v)) (Миняева В.А., Вишнякова Н.И., 2012).

2.3. Характеристика базы исследования

Настоящее исследование проводилось на базе Курской области

В состав области входят 6 городских округов: г. Курск с тремя административными округами: Центральный, Сеймский, Железнодорожный, г. Железногорск, г. Курчатов, г. Льгов, г. Щигры, г. Рыльск;

- 28 муниципальных районов;
- 32 городских поселения (22 поселка городского типа + 10 городов);
- 291 сельский совет;
- 2773 сельских населенных пункта. (рис.2.1).



Рис. 2.1. Карта-схема Курской области.

Численность населения области по состоянию на 01.01.2017 г. составляла – 906 209 человека, «…в т.ч. 612227 тыс. человек (67,6 %) городского населения, 293982 тыс. человек (32,4 %) сельского населения. Дети до 17 лет включительно составляют 206 466 или 22,8% от общей численности населения Курской области. Доля детей, проживающих в городской местности, составляла 68,3% (140 947 чел.), в сельской –31,7% (65 519 чел.)…» (Демографический ежегодник Курской области, 2017).

Отмечается из года в год рост детского населения:

2011 г. - всего:169,125 тыс. детей, из них мальчиков - 88,173 тыс. (52,1%); девочек - 80,952 тыс. (47,9%).

2013 г. – всего 172,266 тыс., из них мальчиков - 89,345 тыс. (51,9%); девочек - 82,921 тыс. (48,1%).

2017 г. – всего 216,684 тыс., из них мальчиков – 110,942 (51,2%); девочек - 105,742 (48,8%).

Курская область располагает развитой системой здравоохранения, которая представлена государственными, ведомственными, частными медицинскими организациями, научным институтом.

В области насчитывается 71 лечебно-профилактическое учреждение на 9835 коек, в т.ч. 28 муниципальных учреждений здравоохранения в сельской местности, на 2837 коек; 41 врачебная амбулатория; 686 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, 1 ОГУЗ «Областной детский санаторий».

На территории Курской области функционирует единственный травматологический пункт, где круглосуточно оказывается амбулаторная травматолого-ортопедическая помощь детям. В травматологическом пункте ведут приём 5 врачей детских травматологов с соответствующей подготовкой. Наблюдение всех городских травматологических больных осуществляется одним городским травматологом-ортопедом (городское население) и двумя областными специалистами для детей сельского населения и других городов области. Дети, получившие ожоговую травму, после выписки из ожогового центра наблюдаются хирургом амбулаторно только на период эпителизации ран, без дальнейшего наблюдения. Противорубцовая, восстановительная терапия у данных детей проводится в условиях стационара ожогового отделения Курской областной клинической больницы.

Более благоприятная ситуация с детьми неврологического профиля, т.к. все дети, перенесшие ЧМТ, состоят на диспансерном учете у неврологов по месту жительства, получают лечение в неврологическом отделении.

Одной из основных проблем организации травматолого-ортопедической помощи детям в Курской области является отсутствие специализированного травматологического детского отделения.

Структурным подразделением, оказывающим плановую и экстренную хирургическую и травматологическую помощь детям города Курска и Курской области, является отделение на 80 коек с 02.09.2013г. (60 коек до

02.09.2013г.) городской детской клинической больницы. В структуре общего числа коек выделено 20 коек для больных с гнойной хирургической инфекцией и 40 для «чистой хирургии», из которых 10 травматологических коек и 5 урологических. В штате стационара предусмотрено 0,5 ставки детского врача травматолога-ортопеда.

Отделение обеспечивает детское население области и города высококвалифицированной помощью с хирургическими, травматологическими, урологическими заболеваниями. В отделении круглосуточно 7 дней в неделю оказывается экстренная хирургическая помощь. Врачи отделения в районах области оказывают экстренную помощь по линии ЦЭМП и плановую помощь, имеющую характер консультативных, лечебных и организационно-методических мероприятий, участвуют в национальных проектах: «Диспансеризация детей сирот», «Дополнительная диспансеризация 14 летних подростков».

В работу отделения внедрены принципы доказательной медицины. А именно стандарты лечения детей с такими заболеваниями как: переломы костей черепа, мочекаменная болезнь, язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, деструктивные пневмонии. В работе отделения продолжается использование диагностической лапароскопии при травмах органов брюшной полости. Начато внедрение современных металлоконструкций при переломах длинных трубчатых костей в виде пластин с ограниченным контактом и угловой стабильностью, чрескожная металлофиксация отломков при переломах костей верхних конечностей.

В Курской области объём, сроки и условия оказания специализированной медицинской помощи детям нейрохирургического и ожогового профиля регламентированы «Порядком оказания специализированной медицинской помощи населению г. Курска и области», утвержденным главным врачом областной клинической больницы. Согласно последнего дети до 7 лет с черепно-мозговыми травмами лечатся на базе

хирургического отделения городской детской больницы под контролем нейрохирургов областной клинической больницы. Дети с черепно-мозговыми травмами старше 7 лет получают лечение на базе Курской областной клинической больницы. Дальнейшее лечение детей с ЧМТ проходит в психоневрологическом детском отделении ДКБ.

Дети от 0 до 17 лет включительно с ожоговой травмой проходят лечение в ожоговом отделении Курской областной клинической больницы. Согласно порядку оказания специализированной медицинской помощи дети в возрасте до 5 лет подлежат обязательной госпитализации в ожоговый центр с любой степенью и площадью ожога. Проводя лечебные мероприятия, врачи опираются на клинический опыт, свою квалификацию, так как местные стандарты не разработаны. Федеральных стандартов оказания специализированной и скорой медицинской помощи детям с травмами ожогового профиля нет. В 2006 году приняты Федеральные медико-экономические стандарты оказания высокотехнологичной медицинской помощи с термическими и химическими ожогами. Имеются Федеральные стандарты для оказания медицинской помощи при травмах шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, переломах голени и ключицы. Оказание медицинской помощи детям с травмами опорно-двигательной системы осуществляется в хирургическом отделении согласно разработанным местным медико-экономическим стандартам.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА И ИНВАЛИДНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С НИМ, КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В Т.Ч. РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ, ДЕТЯМ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ТРАВМ

3.1. Результаты сравнительного анализа показателей детского травматизма и инвалидности, связанной с ним, в РФ и Курской области

В соответствии с методикой исследования нами был проведен сравнительный анализ показателей детского травматизма и инвалидности, связанной с ним в базовом субъекте РФ и стране в целом.

В ходе проведенного анализа было выявлено, что за период 2008-2016 гг. уровень детского травматизма по всем Федеральным округам (кроме Приволжского ФО) и по России в целом имел тенденцию к росту (табл. 3.1).

Таблица 3.1

Динамика детского травматизма по федеральным округам Российской Федерации за период 2008-2016 гг.

Регион	Показатель травматизма на 1000 детского населения								
	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
РФ	114,8	115,2	116,6	117,9	118,4	116,3	113,9	115,7	116,9
ЦФО	127,8	133,1	127,2	128,0	130,6	129,5	130,2	131,4	132,1
С-З ФО	132,4	133,8	134,3	141,6	140,2	134,5	131,6	134,1	132,7
Юж. ФО	98,3	100,5	97,1	94,0	94,1	99,1	98,7	101,7	99,2
Северо-кавкз.ФО	75,6	80,4	86,9	77,5	74,3	74,9	78,4	80,0	81,2
Приволж. ФО	125,6	126,4	125,3	125,9	127,8	124,5	117,1	120,5	119,5
Уральск.ФО	110,3	109,5	114,4	120,8	121,6	114,6	107,9	110,6	114,8
Сибирск.ФО	104,7	101,8	102,6	110,8	119,3	107,3	107,2	108,8	110,6
Дальнев. ФО	130,6	129,2	137,8	138,5	135,3	132,1	132,7	132,2	132,8
Курская обл.	101,1	99,5	102,9	107,3	107,2	101,9	102,8	103,4	105,2

Так, например, в ЦФО в 2008 г. данный показатель составил 127,8 на 1 тыс. детского населения, а в 2016 г. – 132,1; по РФ – в 2008 и 2016 гг. (на тыс. детского нас.) соответственно 114,8 и 116,9.

«Высокий уровень детского травматизма, увеличивающаяся тяжесть травматических повреждений, несмотря на имеющиеся современные высокотехнологичные методы лечения», является актуальной проблемой и для Курской области.

Выявлено, что показатели детского травматизма на 1000 детского населения (от 0 до 17 лет включительно) в Курской области в динамике с 2008 по 2016 гг. не превышали аналогичные показатели по Центральному Федеральному округу и в 2016 г. были в 1,3 раза ниже, чем в Российской Федерации (РФ) (рис. 3.1).

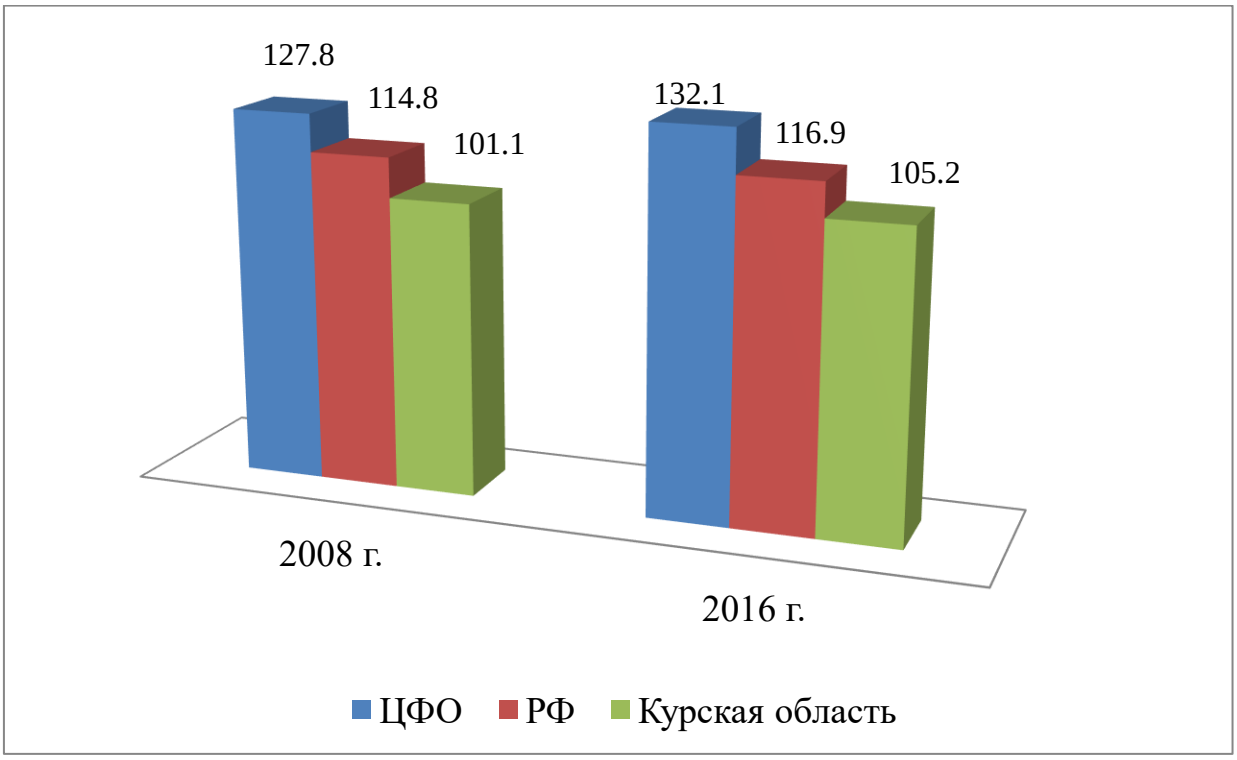


Рис. 3.1. Динамика детского травматизма в ЦФО, РФ и Курской области

В то же время данный показатель колебался в различные годы от 99,5 на 1 тыс.нас. в 2009 г. до 107,3 на 1 тыс.детск.нас. в 2011 г. и был выше в 2016 г. (105,2) по сравнению с 2008 г. (101,1).

Ежегодно в детский травматологический пункт в Курской области обращались за медицинской помощью около 10 000 детей: 2008год – 9 623 обращения, 2009 год – 10 062 обращения, 2010 год – 9 648 обращений, 2011год - 10504 обращения, 2012 год – 10 220 обращений, 2013 год – 10 325 обращений, 2014 год – 10 456 обращений, 2015 год – 10 568 обращений, 2016 год – 10 614 обращений (рис. 3.2). При этом выявлено, что число обращений за изучаемый период увеличилось на 9,3%.

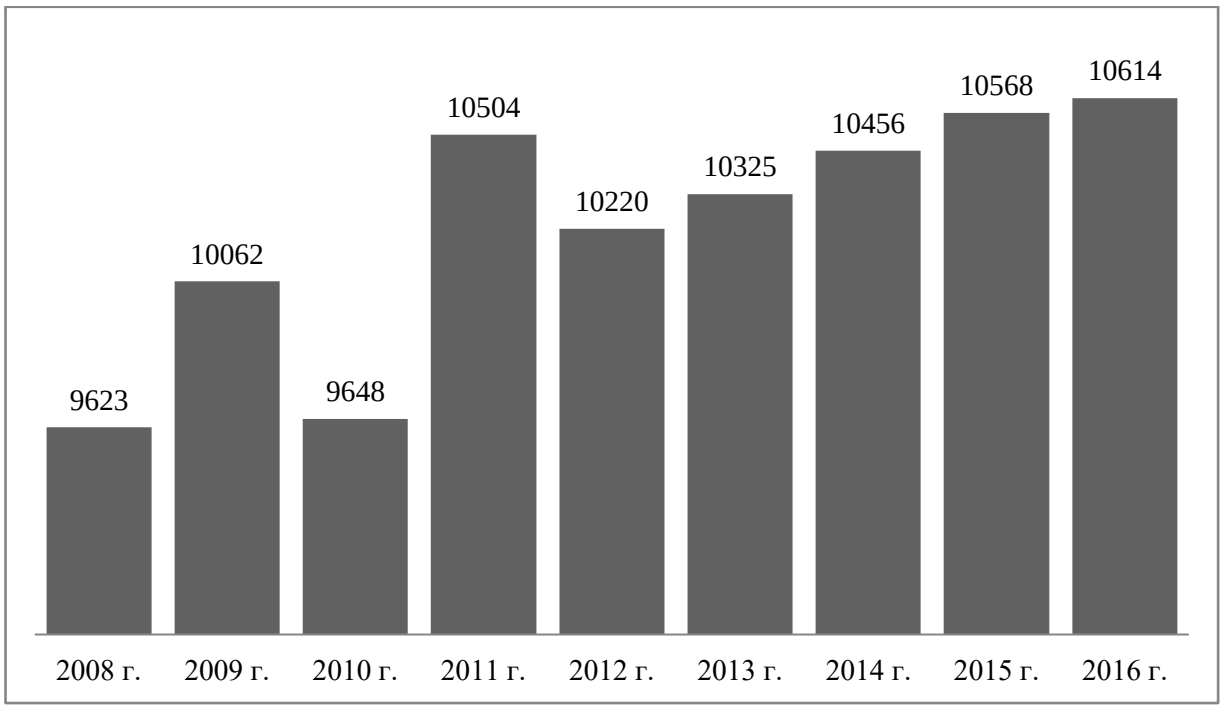


Рис. 3.2. Динамика обращений детей с различными видами травм в травматологический пункт

Результаты проведенного анализа свидетельствуют, что у детей, проживающих в городской местности, травмы встречались чаще, чем у детей, проживающих в сельской местности (рис. 3.3).

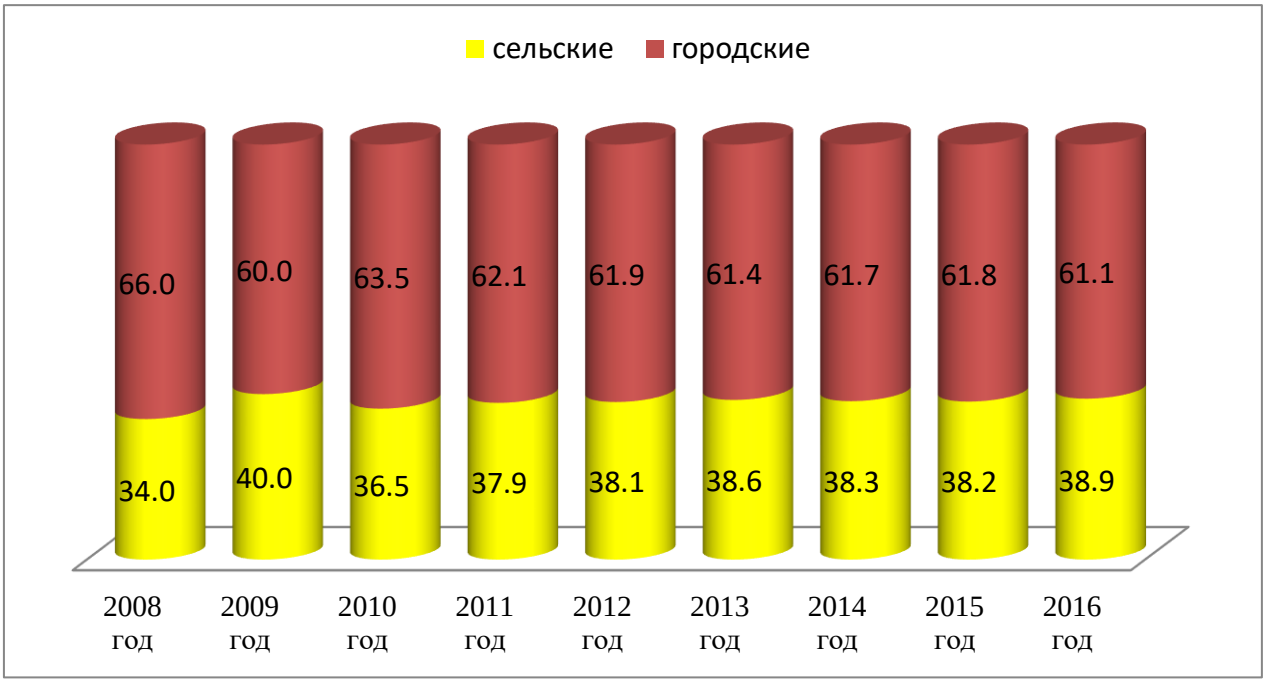


Рис. 3.3. Удельный вес детей, получивших травму, проживающих в сельской и городской местности (%)

Около 1500 детей ежегодно госпитализировалось с тяжелыми травмами в нейрохирургическое, ожоговое и хирургическое отделения (табл. 3.2).

Таблица 3.2

Обращаемость в специализированные отделения детей с травмами (2008-2016 гг.) (абс)

Отделение	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
Хирурги-ческое	664	760	698	768	1158	1172	1167	1173	1181
Ожоговое	254	246	252	248	198	256	251	249	247
Нейрохирур-гическое	74	77	81	87	94	91	96	93	94
ВСЕГО	992	1083	1031	1103	1450	1519	1514	1515	1522

В изучаемом периоде среди пациентов хирургического отделения преобладали пациенты, поступившие в экстренном порядке: 2008 г.- 70,2%; 2009 г.- 73%; 2010 г.- 77,1%; 2011 г.- 77,9%; 2012 г. -76,2%; 2013 г. – 77,8%; 2014 г. - 77,5%; 2015 г. – 78,1%; 2016 г. – 77,3%) (рис. 3.4).

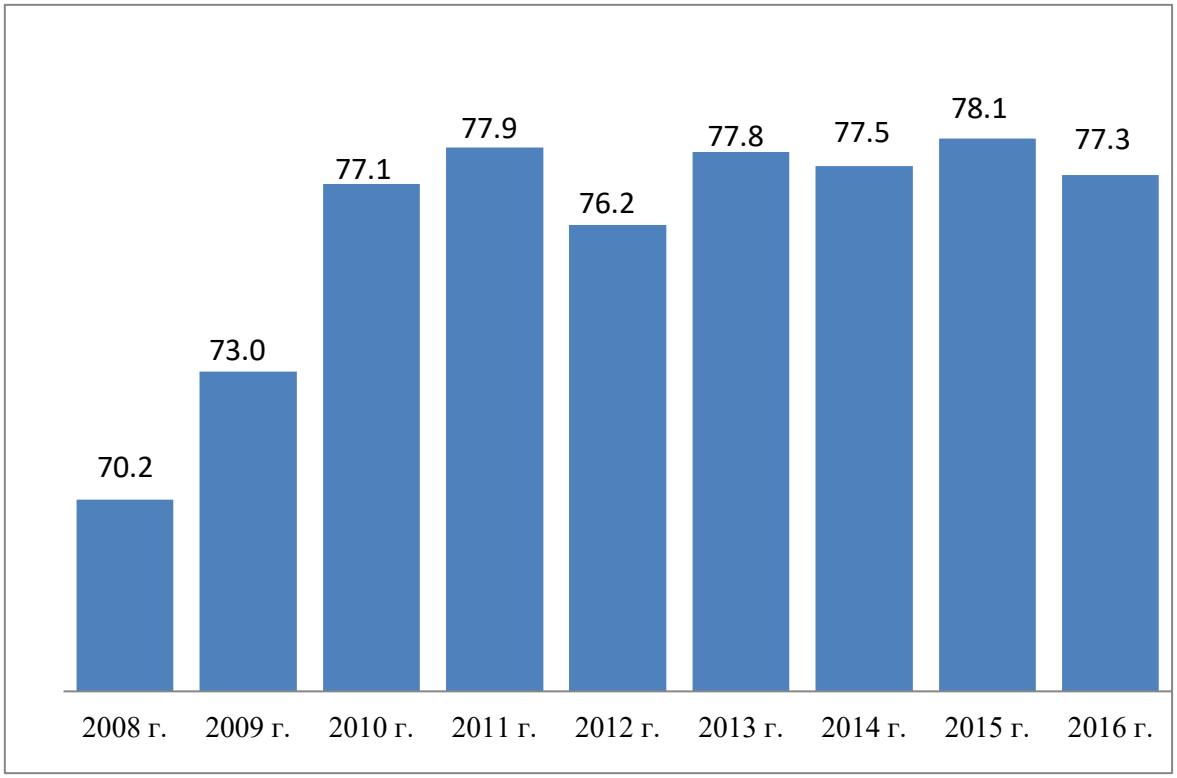


Рис. 3.4. Удельный вес экстренных больных, поступивших в хирургическое отделение (%)

Остаётся достаточно высоким процент больных, которым была произведена операция. В среднем за период 2008-2016 гг. он составил 60,5%.

Среди оперативных вмешательств, преобладали экстренные операции (2008 г.- 74,2%; 2009 г. - 63,8%; 2010 г. – 67%; 2011 г.– 71,9%; 2012 г.-73,7%; 2013 г.– 73,9%; 2014 г. - 72,8%; 2015 г.- 74,3%; 2016 г. – 75,1%) над плановыми оперативными вмешательствами (2008 г. -25,8%; 2009 г. – 36,2%; 2010 г. – 33,0%; 2011 г.- 28,1%; 2012 г.- 26,3%; 2013 г. - 26,1%; 2014 г. - 27,2%; 2015 г. – 25,7%; 2016 г. – 24,9%) (рис. 3.5).



Рис. 3.5. Соотношение плановых и экстренных оперативных вмешательств, проведенных у детей, получивших травму (%)

Операции на костях и суставах за период 2014-2015-2016 г. имели тенденцию к росту, занимали первое место и составили 34,8% - 35,9% - 36,5% соответственно от всех оперативных вмешательств. На втором месте - операции на органах брюшной полости - 31,1%.

В связи с тем, что в Курской области отсутствует специализированное травматолого-ортопедическое отделение, отсутствует и современная специализированная медицинская помощь детям с травмами. По данным Комитета здравоохранения Курской области по квотам ВМП около 100 детей ежегодно направляются в г. Москву и г. Санкт-Петербург: 2009 г. – 75 чел.; 2010 г. – 117 чел.; 2011 г. – 75 чел.; 2012 г. – 78 чел.; 2013 г. – 80 чел.; 2014 г. – 76 чел.; 2015г – 120 чел.; 2016г – 87 чел.

Несмотря на то, что детский травматизм в Курской области не занимает лидирующее место в структуре общей и первичной инвалидности среди детского населения, инвалидность по последствиям травм занимала в изучаемом периоде 5-6 ранговое место. Следует отметить, что такая же ситуация (при средних и низких показателях травматизма и высоких показателях первичной детской инвалидности) характерна и для других

регионов РФ (Республика Тыва, Магаданская область, Чеченская Республика, Кабардино-Балкарская Республика, Карачаево-Черкесская Республика).

Показатель первичной детской инвалидности в 2008-2017 гг. стабильно превышал таковой не только для ближайших регионов, но и средний показатель по Российской Федерации, и являлся самым высоким по Центральному федеральному округу (Статистический сборник основных показателей инвалидности детского населения, ФМБА 2008-2017), не имея при этом до 2014 года тенденции к снижению (рис. 3.6).

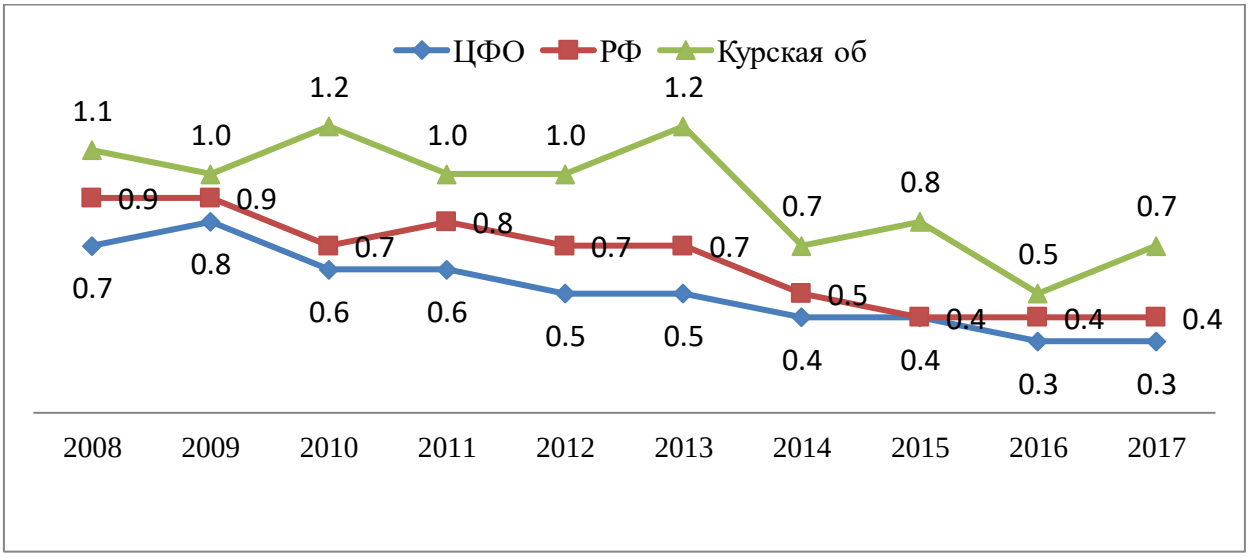


Рис. 3.6. Интенсивный показатель первичной детской инвалидности вследствие травм на 10 тыс.нас. в возрасте до 17 лет включительно по Курской области в сравнении с РФ и ЦФО (2008-2017 гг.)

Выявлено, что чаще всего инвалидность наступала как у мальчиков, так и у девочек, в возрасте 8-14 лет от травм опорно-двигательной системы (36,1% и 18,2% соответственно). В возрастной группе 0-3 года наиболее высокие показатели инвалидности были связаны с ожогами различной локализации (31,5% у мальчиков и 14,2% у девочек). Следует отметить, что в младшей возрастной группе за исследуемый период времени не зафиксировано ни одного случая инвалидности от травм опорно-двигательной системы. Реже всего инвалидность вследствие травм в Курской области наступала в изучаемом периоде в старшей возрастной группе (15-17 лет) по всем видам травм (табл. 3.3).

Таблица 3.3

Частота наступления инвалидности у детей вследствие травм в зависимости от пола и возраста за период 2008-2016 гг. (%)

Виды травм	Возраст, годы														
	0-3 лет			4-7 лет			8-14 лет			15-17 лет вкл.			всего		
	Пол														
	д.	м.	всего	д.	м.	всего	д.	м.	всего	д.	м.	всего	д.	м.	Всего
Черепно-мозговые травмы	5,37%	10,73	16,1%	9,7%	19,4%	29,1%	17,1%	28,1%	45,2%	3,2%	6,4%	9,6%	35,37%	64,63%	100%
Ожоги разных локализаций	14,2%	31,5%	45,7%	2,26%	4,84%	7,1%	12,3%	30,6%	42,9%	1,4%	2,9%	4,3%	30,16%	69,84%	100%
Травмы опорно-двигательной системы	0	0	0	6,9%	13,4%	20,3%	18,2%	36,1%	54,3%	8,8%	16,6%	25,4%	33,9%	66,1%	100%
Всего	21,2%			19,8%			46,8%			12,2%			100%		

Инвалидность при всех видах травм чаще наступала в младшем и среднем школьном возрасте (рис. 3.7).

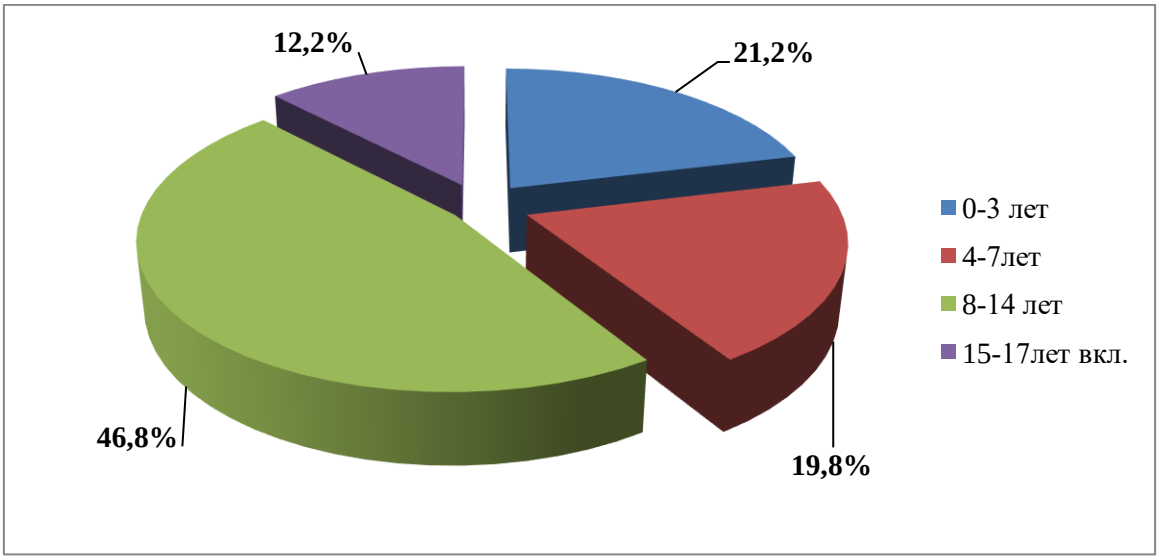


Рис. 3.7. Частота наступления инвалидности у детей вследствие различных видов травм в зависимости от возраста за период 2008-2016 гг. (%)

Установлены гендерые различия в исследованной группе: отмечалось преобладание мальчиков в соотношении 2/1 от общего числа при всех видах травм (рис. 3.8).

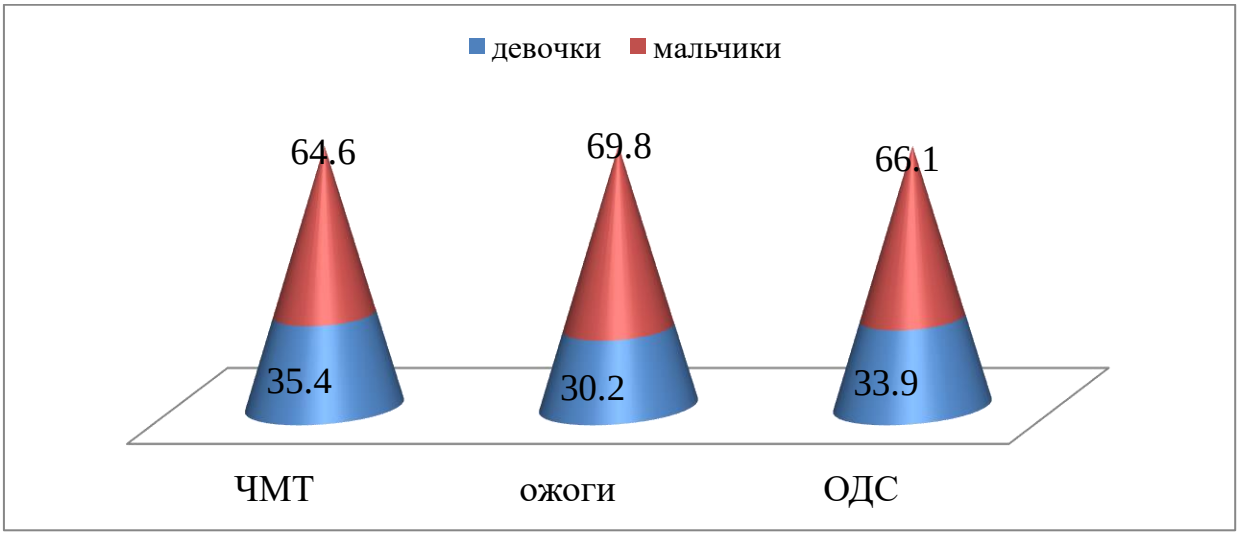


Рис. 3.8. Распределение первичной детской инвалидности вследствие травм по гендерным различиям за период 2008-2016 гг. (%)

Чаще всего инвалидность у детей наступала от последствий черепно-мозговых травм; на втором месте - вследствие термических поражений; на третьем – от последствий травм опорно-двигательной системы, на четвертом - последствия других внешних причин (рис. 3.9).

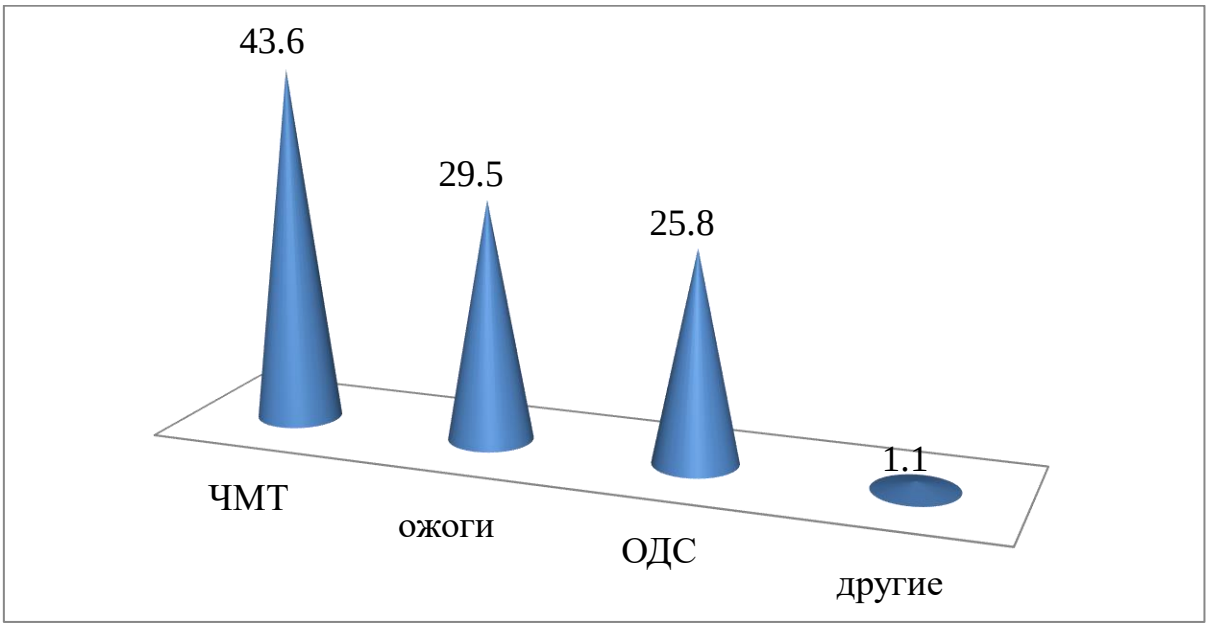


Рис. 3.9. Структура первичной инвалидности по виду повреждающего фактора (%)

Выявлено, что ЧМТ у детей грудного и ясельного возраста в основном связаны с падением с высоты. У детей старшего возраста к падениям присоединяются повреждения, связанные с ударом по голове, уличным травматизмом.

В структуре детской инвалидности по виду травматизма лидирует уличный травматизм при ЧМТ и травмах опорно-двигательной системы, который составил 54,8% и 57,6% соответственно от общего числа. На втором месте - инвалидность от травм, полученных в быту, наибольший удельный вес среди которых занимают термические поражения (62,9%) (табл. 3.4).

Таблица 3.4

Детская инвалидность по виду травматизма (%) (2008-2016 гг.)

Вид травматизма	**Травмы**		
	ЧМТ	**ОДС**	**Ожоги**
Уличный	**54,8%**	**57,6%**	37,1%
Бытовой	44,1%	22,0%	**62,9%**
Спортивный	1,1%	10,2%	0
Школьный	0	10,2%	0
Всего	100%	100%	100%

Инвалидность от травм, полученных в стенах школы и во время занятий спортом, наблюдалось в 10,2% случаев.

«Своеобразие черепно-мозговой травмы у детей связано не столько с механизмом возникновения, сколько с возрастными особенностями травмированных тканей и их реакцией на механическое воздействие» (Исхаков О.С., 2009). Особенности анатомии и физиологии детского возраста отличают картину ЧМТ ребенка от таковой у взрослого. Особенности анатомии и физиологии детского мозга в отличие от взрослых, характеризуется отношением массы головы к массе тела в целом больше, чем у взрослых, наличием так называемых «немых» участков ввиду незрелости мозга, меньшей степени миелинизированности мозга. Из-за открытых родничков, податливости черепных швов, тонкости костей детского черепа клинические проявления травмы мозга могут отсутствовать или быть отсроченными. «В основе клинических проявлений преимущественно лежат не сосудистые, а нейрогенные реакции. Отмечается преобладание общемозговых и генерализованных процессов над очаговыми» (Исхаков О.С., 2009; Пожарищенский К.Э., Кухта О.А., 2010).

Долгосрочный прогноз первичной инвалидности

При изучении динамики первичной инвалидности вследствие травм у детей Курской области на основании среднесрочного прогноза на 5 лет нами была построена линия тренда, которая позволяет определить изменения этого показателя. Согласно прогнозу, при отсутствии оперативного управления, интенсивный показатель первичной детской инвалидности вследствие травм продолжит повышаться к 2025 году и не будет иметь тенденции к снижению (рис. 3.10).

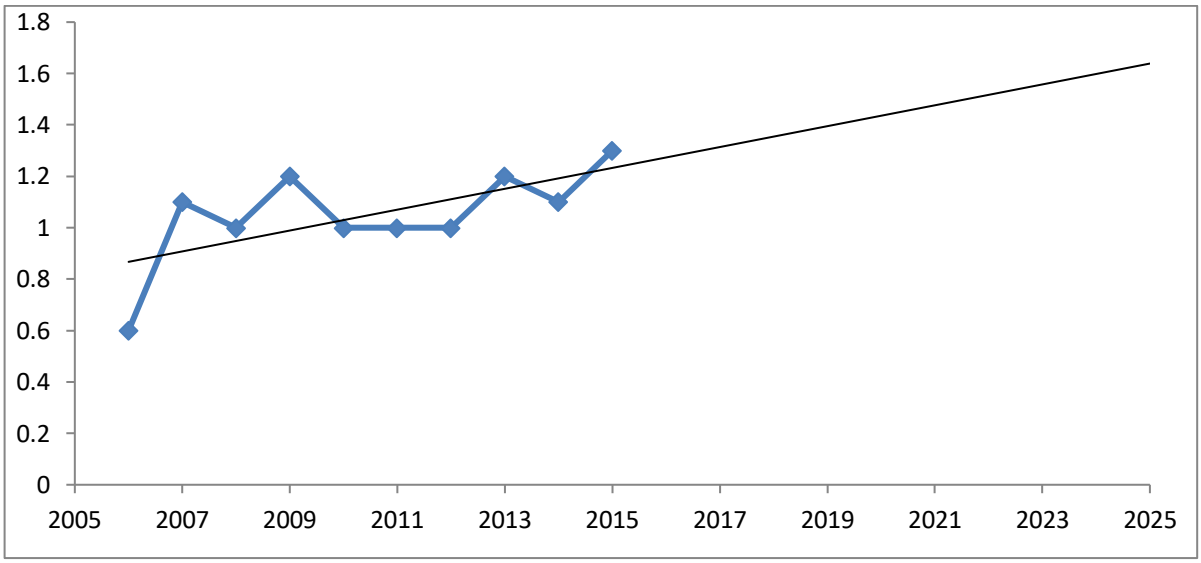


Рис.3.10. Динамика первичной детской инвалидности вследствие травм в Курской области (2006-2016гг.) и среднесрочный прогноз на 10 лет

Математическая модель среднесрочного прогнозирования первичной детской инвалидности вследствие травм осуществлялась с помощью параболического уравнения тренда ($y=1E\text{-}295x^{89,256}$). При построении параболической линии тренда путем расчета точек использовали параболическую формулу: $k = a + bt + ct^2$, где a, b, c –константы, t– период времени прогнозирования. Согласно нашему прогнозу линия тренда к 2019 году достигнет 1,4.

Успешность исхода лечения по последствиям травм во многом зависит от проведения лечебно-диагностических мероприятий: понимание влияния механизма травмы на тяжесть этих повреждений, адекватность оценки тяжести травмы и влияние вторичных повреждающих факторов на её течение, и исход (Исхаков О.С., 2009), в том числе и исполнения Федеральных и региональных медицинских стандартов.

На фоне общей детской инвалидности инвалидность, связанную с травматизмом, можно отнести к социально значимой проблеме. Это связано с тем, что детский организм способен восстанавливаться в более короткие сроки, чем взрослый. Качественное профессиональное проведение лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий должно обеспечить процесс восстановления утраченных функций без перехода на инвалидность.

3.2. Анализ качества медицинской помощи, оказанной детям с травмами

3.2.1. Анализ качества медицинской помощи, оказанной детям с черепно-мозговыми травмами

В ходе проведения данного исследования были подвергнуты экспертной оценке медицинские карты 197 детей-инвалидов (43,6% в общей структуре выборки) вследствие черепно-мозговых травм, большинство из которых (54,8%) - дети дошкольного и подросткового возраста. Детская любознательность, подвижность, неусидчивость, отсутствие страха, порой беспечность или невнимательность родителей служат причиной различных черепно-мозговых травм.

Проводя анализ проведенных лечебно-восстановительных мероприятий детям с последствиями ЧМТ, направленных на МСЭ, отмечается следующее. Сроки наблюдения детей, признанных инвалидами, в ЛПУ после травмы, варьировали от 2 месяцев до 4 лет. Следует отметить, что третья часть (30,2%) детей была преждевременно направлена на МСЭ, с незавершенных до конца лечебными и восстановительными мероприятиями, т.е. через 2-3

месяца с момента травмы. Через 4-6 месяцев после травмы было освидетельствовано 39,8% больных. Только 20,4% детей были направлены на МСЭ после длительного лечения, проведения восстановительных мероприятий через 7-9-10 месяцев после травмы, когда имелись стойкие необратимые функциональные нарушения, т.е. признаки инвалидности.

Через 1-2-4 года после травмы было освидетельствовано 9,6% детей. Причиной, послужившей направлению на МСЭ этих детей, стали отсроченные клинические проявления последствия ЧМТ в виде генерализованных эпилептических приступов, подтвержденных данными ЭЭГ биоэлектрических изменений, нарастающих когнитивных нарушений.

Уровень оказания качества медицинской помощи детям с черепно-мозговыми травмами достаточно высокий, средний коэффициент составил К1 = 0,80±0,01 ($p < 0,001$). Однако это не привело к их выздоровлению.

При таком достаточно высоком уровне оказания медицинской помощи (табл. 3.5), детям была установлена категория ребенок-инвалид ввиду последствий, проявившихся в форме двигательных нарушений 12,6% случаев, нарушений высших психических функций в 75,9% случаев, в сочетании двигательных и психических нарушений в 11,5% случаев, наличия открытых костных дефектов черепа.

Диагностические мероприятия (ОДМ) только в 6,9% случаев были проведены наполовину, медикаментозное лечение (МЛ) было проведено не в полном объёме в 11,5% случаев. От общего числа детей, признанных инвалидами, 28,7% не нуждались в оперативном лечении. Из нуждавшихся в оперативном лечении в 82,3% случаев оно было выполнено в срок и в полном объеме. В 17,7% случаев среди прооперированных детей были допущены технические и тактические ошибки из-за отсутствия разработок единой тактики в лечебно-диагностическом процессе детей с острой нейрохирургической патологией, недооценки объективных признаков ЧМТ, недооценки осложнений легкой ЧМТ.

Таблица 3.5

Оценка качества оказания медицинской помощи детям с черепно-мозговыми травмами (%) (2008-2016 гг.)

Коэф-фициент	Оценка диагноза	Оценка диагнос-тических мероприятий	Медикамен-тозное лечение	Опера-тивное лечение	Восстанови-тельное лечение
0,75 - 1,0	100%	93,1%	88,5%	82,3%	0
0,5	0	6,9%	11,5%	17,7%	28,7%
0 – 0,25	0	0	0	0	71,3%
Всего	100%	100%	100%	100%	100%

К1 = 0,80±0,01 ($p < 0,001$)

Что же касается лечебно-восстановительных мероприятий (ЛВМ) (кинезотерапия, комплиментарная терапия), которые должны были быть проведены на госпитальном этапе, они наполовину были проведены в 28,7% случаев, в минимальном объёме или вообще не проводились в 71,3% случаев. А данные мероприятия имеют большое значение в раннем периоде (массаж, лечебная физкультура, а при патологических установках конечностей – использование ортопедических укладок), так как повышают эффективность и позволяют предотвратить дальнейшие осложнения. В более позднем восстановительном периоде с целью дальнейшего приспособления к неврологическому дефициту, расширению социальной активности необходимо также проводить лечебно-восстановительные мероприятия. Отсутствие раннего начала, непрерывности и последовательности проведения реабилитационных мероприятий способствовало удлинению сроков восстановления, снижению эффективности проводимого лечения, снижению реабилитационного потенциала.

Следует отметить, что факторами, усугубляющими последствия черепно-мозговой травмы различной степени выраженности, являются фоновые неврологические заболевания, преморбидные состояния. Резидуальный неврологический фон, по мнению Исхакова О.С. (2009),

может заметно усугублять клинику и течение даже при легкой ЧМТ у детей (Зенина С.Л., 2010). Так у 21,8% обследуемых нами детей травма была получена на фоне перинатальной энцефалопатии, задержки психического развития.

3.2.2. Анализ качества медицинской помощи, оказанной детям с термической травмой

Вторую группу исследуемых пациентов составили 148 детей (29,8%) с термическими травмами. Возраст детей составил от 0 до 17 лет включительно, причем дети в возрасте от 0 до 3 лет составили 43,5% от всех детей с ожогами.

Чаще всего встречаются ожоги пламенем. Горячие предметы вызывают контактные ожоги, причем для получения глубокого ожога бывает достаточно сравнительно невысокой температуры, но длительной экспозиции. Именно такие ожоги, несмотря на их локальный характер, чаще всего приводят к инвалидности детей.

При освидетельствовании в бюро МСЭ ограничения жизнедеятельности имелись у детей с ожогами IIIа, б - IV степени. Кроме глубины поражения немаловажное значение имеет локализация ожоговых ран. Проводя углубленный анализ причин, приведших к инвалидности детей с термическими поражениями, следует отметить, что поражение одной какой-то анатомической области бывает крайне редко. В большинстве случаев повреждаются несколько анатомических поверхностей с различной степенью выраженности.

Стойкие признаки инвалидности формируются в прямой зависимости от глубины повреждения и от локализации ожоговых ран в области функциональных зон (как крупных суставов, так и суставов кистей, в области шеи, век, ротовой полости). На рисунке 3.11 представлены наиболее частые локализации термических повреждений обследуемых нами детей в зависимости от функциональных нарушений, приведших к инвалидности.

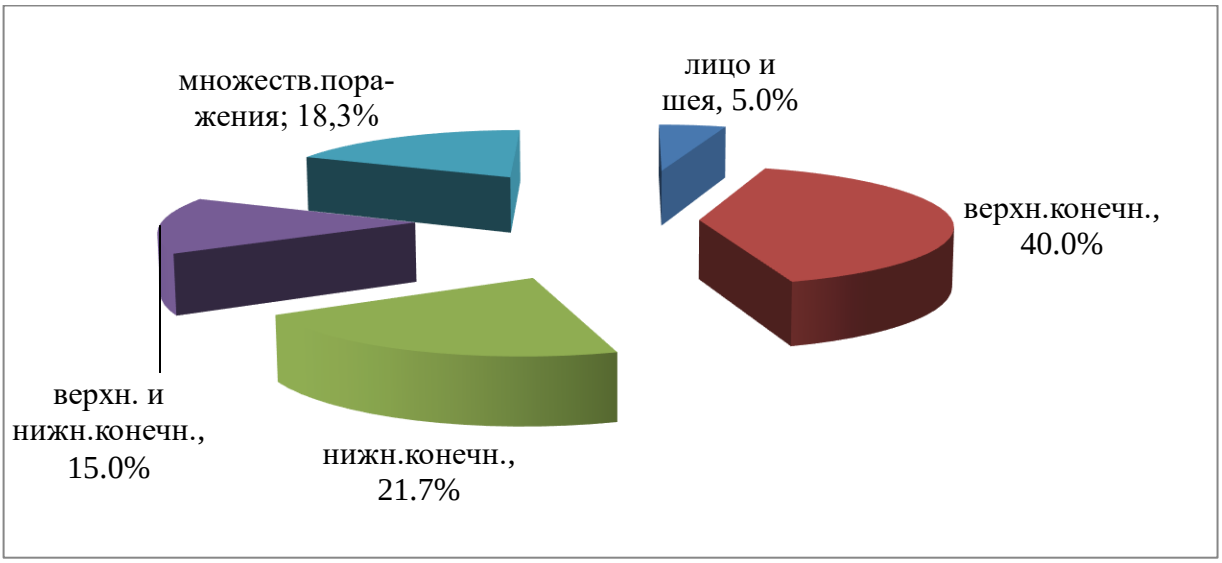


Рис. 3.11. Структура локализации термических поражений (в %)

Наибольший удельный вес (40%) при термических травмах, приводящих к инвалидности, составили ожоги верхних конечностей.

Площадь пораженных участков у детей, признанных инвалидами, составила от 5 до 60 %. От общего числа получивших ожоговую травму, наибольшую группу - 29% - составили термические повреждения у детей с общей площадью поражения тела до S = 10 % (рис. 3.12).

С площадью поражения кожных покровов до S = 20 % составили 27,5% обследуемых детей, 25,8% приходиться на детей с повреждением площади всей поверхности тела до 30%.

Успехи современной комбустиологии привели к увеличению выживаемости в группе детей с тяжелыми ожогами. Так, в настоящее время удается спасать жизнь около 50% детей с ожогами III б, IV степени с площадью поражения поверхности тела от 30 до 60%.

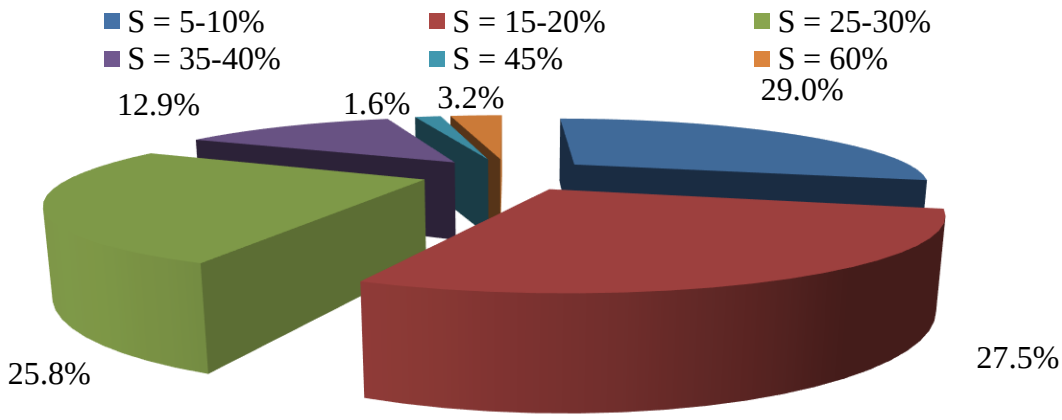


Рис. 3.12. Структура термических повреждений по площади поражения (%)

Раннее восстановление кожного покрова позволяет сократить сроки лечения, обеспечивая при этом не только благоприятные косметические результаты, но и функциональные. Тем не менее, у детей уже к моменту эпителизации глубоких ожогов после оперативного лечения формируются контрактуры и деформации. Причем у детей до 3 лет рубцовые деформации возникают в несколько раз чаще, чем у детей старшего возраста. Это обусловлено быстрым ростом скелета, длительностью заживления ран.

Весьма сложной проблемой в комбустиологии является лечение ожогов кисти, из-за того, что у детей гипертрофические рубцы возникают чаще, чем у взрослых даже при неглубоком поражении II–IIIа степени. А это приводит к нарушению функции различных видов схвата и удержания предметов, как следствие ограничение способности к самообслуживанию, обучению.

Уровень качества оказания медицинской помощи детям с термическими поражениями (табл. 3.6) определил средний коэффициент К1= 0,79 ± 0,1 ($p < 0,001$), тем не менее, эти дети были признаны инвалидами.

Только в 7,6% случаев наполовину были выполнены мероприятия по медикаментозному лечению, в 16,7% случаев по оперативному лечению – длительное консервативное лечение, хирургическое восстановление

утраченного кожного покрова в поздние сроки через 7-7,5 месяца после травмы.

Таблица 3.6

Оценка качества оказания медицинской помощи детям в ЛПУ с термическими повреждениями (%) (2008-2016 гг.)

Коэф-фициент	Оценка диагноза	Оценка диагностических мероприятий	Медикаментозное лечение	Оперативное лечение	Восстановительное лечение
0,75 – 1,0	100%	100%	92,4%	83,3%	12,1%
0,5	0	0	7,6%	16,7%	56,1%
0 – 0,25	0	0	0	0	31,8%
всего	100%	100%	100%	100%	100%

$K1 = 0,79 \pm 0,1$ ($p < 0,001$)

Обращает на себя внимание, что 66,7% больных, не завершив восстановительные мероприятия, были преждевременно направлены на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы. Это значит, что коэффициент лечебно-восстановительных мероприятий был выполнен на 0,5 в 56,1% случаев, а в 31,8% случаев эти мероприятия были проведены в минимальном объеме. Не закончив физиотерапевтическое лечение, а также санаторно-курортное лечение, плановые реконструктивно-пластические операции (которые в среднем должны проводиться через 6 месяцев после восстановительного лечения, согласно рекомендациям Московского научно-исследовательского института педиатрии и детской хирургии МЗ РФ), спустя 2-5 месяцев после травмы дети были направлены на освидетельствование. Через 6-8 месяцев после травмы было освидетельствовано 17,5%. Только 15,8% детей от общего числа признанных инвалидами были направлены через 9-12 месяцев после проведения всего комплекса лечебно-восстановительных мероприятий последствий травмы.

После выписки из стационара ожогового отделения, с целью профилактики образования грубых рубцовых изменений поврежденных кожных покровов, первостепенным мероприятием является ношение компрессионного белья. Данное бельё (маски, рубашки, шорты, перчатки и

т.д.) изготавливаются по индивидуальным меркам, сроки применения такого белья индивидуальны от 1 года до 3 лет.

Рубцовые процессы на поверхности кожных покровов тела продолжаются в среднем от 6 до 12 месяцев после травмы. В эти месяцы крайне необходимо амбулаторно почти постоянно и непрерывно осуществлять реабилитационные мероприятия, дублируя при необходимости до окончания формировании рубцовой ткани с целью дальнейшего оперативного вмешательства по устранению контрактур.

Такое преждевременное направление на МСЭ обусловлено невозможностью семьи пострадавшего ребенка, в большинстве случаев, приобрести компрессионное бельё в виду его достаточно высокой стоимости. А также из-за отсутствия в области реабилитационного центра для детей, не являющихся инвалидами, где возможно было бы с учетом индивидуального подхода последовательно и долгосрочно проводить реабилитационные мероприятия.

Таким образом, для полноценной реабилитации детей необходимо руководствоваться следующими принципами при её проведении: последовательность проведения с использованием контроля нагрузок; преемственность и непрерывность проведения мероприятий в ЛПУ различного уровня; индивидуальный подход с участием семьи в реабилитационном процессе, а также долгосрочность проведения реабилитационных мероприятий с контролем эффективности реабилитации.

3.2.3. Анализ качества медицинской помощи, оказанной детям с травмами опорно-двигательной системы

Наименьшую группу по количеству составили дети-инвалиды с травмами ОДС (26,6%) в возрасте 0- 17 лет включительно.

Нами были проанализированы 134 карты экспертной оценки, детей с травмами ОДС. Основные травмы опорно-двигательной системы, которые привели к инвалидности, представлены на рис. 3.13.

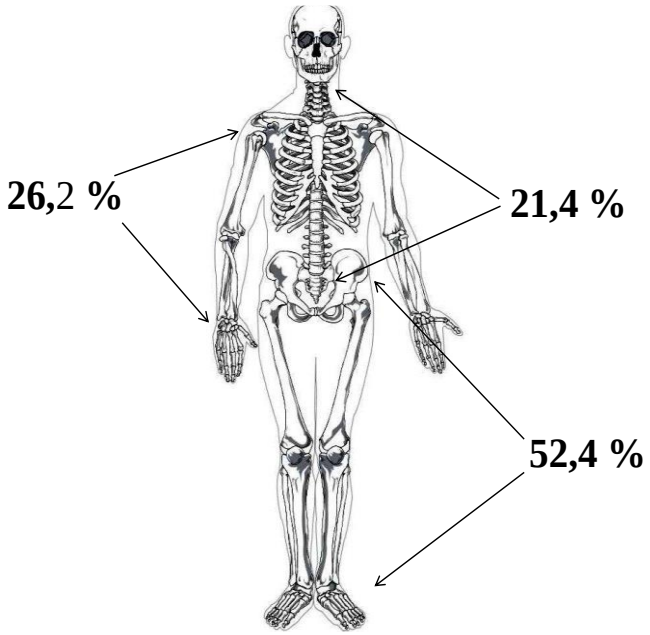


Рис. 3.13. Распределение травм опорно-двигательной системы по локализации

Переломы костей являются самыми частыми повреждениями при сочетанных и множественных травмах. К сожалению, до сих пор нет единого мнения и алгоритма выбора лечения этих повреждений у детей. Одни считают, что анатомо-физиологические особенности детского организма позволяют лечить переломы консервативно. По мнению других, лечение должно быть активным, мотивируя это ранним восстановлением анатомической целостности поврежденной конечности и активным уходом. По нашему мнению, подход к выбору тактики лечения ребенка с полученной травмой должен быть индивидуальным и дифференцированным, основной целью которого является раннее восстановление и предупреждение осложнений.

Самой частой локализацией повреждения опорно-двигательной системы, приводящей к инвалидности, являются травмы нижних конечностей – 52,4%. Почти третью часть составили травмы верхних конечностей – 26,2%, удельный вес с травмами позвоночника составил

21,4%, что определило дальнейшее наше исследование по оценке качества проведенного лечения в ЛПУ с учетом локализации травмирующего фактора ОДС.

Анализируя данные в первичной медицинской документации, было установлено, что при первичном освидетельствовании не были признаны инвалидами 5 детей, из них с травмой бедра 2 человека (К1 = УКМП = 0,68 – 0,75), один ребенок с травмой позвоночника (К1 = 0,93), 2 ребенка с травмой предплечья (К1 = 0,68 – 0,7).

Остальные дети были признаны инвалидами со средним коэффициентом уровня качества медицинской помощи К1=0,56±0,02 ($p < 0,001$).

Анализ качества медицинской помощи, оказанной детям с травмами позвоночника

Адекватность проведенных лечебно-диагностических и восстановительных мероприятий рассматривалась через показатель К1.

Проведя углубленный анализ качества оказания медицинской помощи детям-инвалидам с последствиями травм позвоночника, отмечается, что у детей с травмой позвоночника в 13,3% случаев диагностические мероприятия (ОДМ) были выполнены наполовину, что повлияло на качество лечения. Медикаментозное лечение (МЛ) в 40% случаев применялось адекватно, но не в полном объёме, что повлияло на результат лечения (табл. 3.7).

Из общего числа детей с травмой позвоночника 80,0% нуждались в оперативном лечении, а 20,0% в нем не нуждались. Из детей, нуждавшихся в оперативном лечении, у 33,3% при оперативном лечении были допущены технические погрешности (упущены повреждения сосудов и нервов конечностей, ошибочное легирование сосудов, неверно выбранная фиксирующая система), которые привели к осложнениям и повлияли на исход лечения. Что же касается лечебно-восстановительных мероприятий, то в 33,3% случаев данные мероприятия были проведены наполовину – 0,5.

Вообще не проводились или были проведены в минимальном объёме у 66,7% пациентов. Средний коэффициент лечебно-диагностических мероприятий с травмой позвоночника составил К1 = 0,61±0,02 (p < 0,001).

Таблица 3.7

Оценка качества медицинской помощи детям с травмой позвоночника 2008-2016 гг. (%)

Коэф-фициент	Оценка диагноза	Оценка диагности-ческих мероприятий	Медика-ментозное лечение	Оператив-ное лечение	Восстано-вительное лечение
0,75 - 1,0	93,3%	86,7%	60%	66,7%	0
0,5	6,7%	13,3%	40%	33,3%	33,3%
0 – 0,25	0	0	0	0	66,7%
всего	100%	100%	100%	100%	100%

К1 = 0,61±0,02 (p < 0,001)

Таким образом, инвалидность у детей с травмой позвоночника наступила вследствие технических погрешностей оперативного лечения, что влекло за собой возникновение осложнений, необходимость повторного оперативного лечения и, в целом, оказало влияние на качество лечения. Так же следует отметить, что хирургическая коррекция не всегда достаточно эффективна, после неё требуется комплексное проведение лечебно-восстановительных мероприятий, что не было выполнено у данной категории детей в 66,7% случаев. Это обусловлено низкой доступностью данного вида помощи для сельских пациентов, а также реабилитационной компетентностью семьи.

Анализ качества медицинской помощи, оказанной детям с травмами костей таза и нижних конечностей

С травмами костей таза у 22,7% детей-инвалидов, несмотря на полный объём проведенных лечебно-диагностических мероприятий, коэффициент уровня медицинской помощи с данной травмой составил К1 = 0,67±0,03 (p < 0,01) (при нижней границе 0,65) (табл. 3.8).

Таблица 3.8

Оценка качества медицинской помощи детям
с повреждением костей таза, 2008-2016 гг. (%)

Коэф-фициент	Оценка диагноза	Оценка диагнос-тических мероприятий	Медикамен-тозное лечение	Оператив-ное лечение	Восстанови-тельное лечение
0,75 - 1,0	100%	100%	75%	75%	0
0,5	0	0	25%	25%	50%
0 – 0,25	0	0	0	0	50%
Всего	100%	100%	100%	100%	100%

К1 = 0,67±0,03 (p < 0,01)

Среди скелетных травм, приведших к инвалидности, наибольшую группу составили травмы нижних конечностей. Коэффициент уровня медицинской помощи с данной травмой составил К1=0,55±0,02 (p<0,001) (табл. 3.9).

Таблица 3.9

Оценка качества медицинской помощи детям с травмой
нижних конечностей, 2008-2016 гг. (%)

Коэф-фициент	Оценка диагноза	Оценка диагности-ческих мероприятий	Медикамен-тозное лечение	Опера-тивное лечение	Восстано-вительное лечение
0,75 - 1,0	92,6%	92,6%	59,3%	37,5%	0
0,5	7,4%	7,4%	40,7%	62,5%	18,5%
0 - 0,25	0	0	0	0	81,5%
всего	100%	100%	100%	100%	100%

К1=0,55±0,02 (p<0,001)

При первичном обращении не были признаны инвалидами 0,5% детей с травмой бедра, коэффициент оказания медицинской помощи которых составил К1 = 0,68 – 0,75.

При травмах нижних конечностей диагностические мероприятия и постановка диагноза были проведены в полном объеме. Однако выполнение медикаментозного лечения в 40,7% случаев было проведено наполовину – 0,5 (неадекватность дозы, длительности применения антибиотиков, профилактики тромбоэмболических осложнений). Оперативное лечение в 62,5% случаев было выполнено с техническими погрешностями: неудовлетворительное стояние отломков по завершению скелетного вытяжения, нестабильность фиксации костных отломков, что привело к деформации сегмента. Это повлекло повторное хирургическое вмешательство: открытую репозиции, металлоостеосинтез. Но и повторное оперативное лечение было не всегда успешным: миграция фиксирующей системы, перелом фиксирующей системы, воспалительная реакция привели к необходимости повторного оперативного лечения на местном уровне, а в ряде случаев в переводе в НИДОИ им. Г.И. Турнера, ЦИТО. Лечебно-восстановительные мероприятия, направленные на полное восстановление функции в суставах, уменьшение гипо-атрофии мягких тканей, нивелирование неврологических нарушений в полном объёме не были проведены или проводились в минимальном объёме в 81,5% случаев на амбулаторно-поликлиническом этапе. Частично были выполнены реабилитационные мероприятия в 18,5% случаев.

Таким образом, инвалидность у детей с последствиями травм костей таза и нижних конечностей, в основном наступала вследствие нарушения технологии оказания медицинской помощи: неадекватное оперативное лечение, неполное медикаментозное лечение, удлинение сроков лечения, практически отсутствие восстановительного лечения, неприменение технических средств реабилитации, что вело к осложнениям, а в некоторых случаях к повторному хирургическому вмешательству, и в целом, к неблагоприятному исходу лечения.

Анализ качества медицинской помощи, оказанной детям с травмами верхних конечностей

Травмы верхних конечностей составляют 26,2% от общего числа травм ОДС, приведших к инвалидности детей. При первичном освидетельствовании не были признаны инвалидами два ребенка, коэффициент уровня оказания медицинской помощи которых составил 0,68 – 0,7. Средний коэффициент признанных инвалидами составил К1=0,57±0,02 (p<0,001). Объём проведенных лечебно-диагностических мероприятий представлен в таблице 3.10.

Таблица 3.10

Оценка качества медицинской помощи детям с травмами верхних конечностей 2008-2016 гг. (%)

Коэф-фициент	Оценка диагноза	Оценка диагности-ческих мероприятий	Медикамен-тозное лечение	Оперативное лечение	Восстано-вительное лечение
0,75-1,0	71,5%	71,4%	28,6%	38,5%	0
0,5	29,5%	28,6%	71,4%	61,5%	28,6%
0 – 0,25	0	0	0	0	71,4%
всего	100%	100%	100%	100%	100%

К1=0,57±0,02 (p<0,001)

В 28,6% случае у пациентов диагностические мероприятия были проведены наполовину из-за недостаточной оснащенности оборудованием, в результате чего недооценена тяжесть состояния, диагноз установлен неполный в 29,5% случаев - упущены повреждения сосудов, нервов верхних конечностей. В 61,5% случаев оперативное лечение проведено с техническими погрешностями: повреждение нервов при проведение металлосинтеза, неверный расчет груза при наложении скелетного вытяжения, ошибочное лигирование сосудов. Медикаментозное лечение проведено наполовину в 71,4% случаев. Восстановительные мероприятия не проводились или были проведены в минимальном объёме у 71,4% детей.

Начатые реабилитационные мероприятия в условиях стационара, не были продолжены или были не завершены в амбулаторных условиях из-за низкой доступности (географической, организационной).

Таким образом, при травмах верхних конечностей инвалидность наступала вследствие дефектов на этапе оказания специализированной медицинской помощи: неполное диагностическое обследование вследствие низкой диагностической возможности, отсутствия необходимого оснащения детской клинической больницы (КТ, МРТ, УЗИ с доплером, ДЛТ, ЭОП, радиоизотопные исследования, пункционные методы обследования и лечения), что влияло на установление диагноза. Это, в свою очередь, способствовало недооценке тяжести состояния пациента, упущению имеющихся повреждений, и, как следствие, неадекватному оперативному и медикаментозному лечению.

Анализ уровня качества оказания медицинской помощи детям с различными видами травм позволил выявить следующие закономерности, приведшие к их инвалидности - страдает качество структуры и качество технологии:

- при травмах ОДС объем диагностических мероприятий был наполовину проведен в 16,4% случаев, необходимое медикаментозное лечение было выполнено в неполном объеме в 48,9% случаев, не требующих оперативного вмешательства и в 45,6% случаев при оперативном лечении, что повлияло на исход заболевания и привело к инвалидности;

- при всех рассматриваемых нами видах травм опорно-двигательной системы лечебно-восстановительные мероприятия проведены в минимальном объёме либо не проводились вообще у 56,8%; наполовину были проведены в 39,1% случаев, по объективным причинам из-за отсутствия условий для их проведения. При этом следует отметить, что организм ребенка чрезвычайно отзывчив на реабилитационные мероприятия. Только для этого необходимо раннее начало их проведения, индивидуальный подход, перманентность и долгосрочность.

Таким образом, полученные данные подтверждают, что ведущую роль в инвалидности у детей при всех рассматриваемых видах травм, их последствий и осложнений играют медицинские факторы. Углубленное изучение этих факторов свидетельствует о наличии значительных резервов в совершенствовании организации медицинской помощи на всех этапах лечения. При ожоговых травмах страдает качество медицинской помощи на этапе амбулаторного лечения, реабилитации. При травмах опорно-двигательной системы на всех этапах лечения: амбулаторном, стационарном, реабилитационном. При черепно-мозговых травмах -на этапе реабилитации.

Также были выявлены следующие виды дефектов на различных этапах оказания медицинской помощи.

На амбулаторном этапе:

- при направлении (без обследования, не по показаниям, поздний диагноз, ошибочный диагноз);

- неполное оказание медицинской помощи (при амбулаторном лечении, во время транспортировки).

На этапе стационарного лечения:

- отсутствие внедрения новых методик лечения ортопедических больных, пациентов с травмами опорно-двигательного аппарата;

- низкая диагностическая возможность из-за данного отсутствия оснащения детской клинической больницы (КТ, МРТ, УЗИ с доплером, ДЛТ, ЭОП, радиоизотопные исследования, пункционные методы обследования и лечения и др.);

- отсутствие разработанных для всех видов травм стандартов оказания медицинской помощи;

- отсутствие стандартов операционных процедур при оказании медицинской помощи детям с острой нейрохирургической патологией;

- пассивное участие врачей в сложных оперативных вмешательствах (возможно необходимо составление плана таких оперативных вмешательств

и анализ причин невыполнения сложных оперативных вмешательств врачами с высокой квалификацией сложным больным).

На этапе восстановительного лечения отмечается:

- на госпитальном этапе при травмах ОДС и ЧМТ минимальное проведение или непроведение реабилитационных мероприятий, касающихся аппаратной физиотерапии, кинезотерапии (лечебная физкультура, лечебная гимнастика, механотерапия), комплементарной терапии (рефлескотерапия, фитотерапия, мануальная терапия, гомеопатия);

- на амбулаторно-поликлиническом этапе: несвоевременное начало, отсутствие преемственности, перманентности ранее начатых восстановительных мероприятий;

- отсутствие санаторно-курортного этапа и лечения в реабилитационном центре практически у всех детей с различными видами травм и др.

ГЛАВА 4. ВЛИЯНИЕ ТИПА РЕАГИРОВАНИЯ СЕМЬИ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ДЕТЕЙ ПРИ ТРАВМАХ, ПРИВЕДШИХ К ИНВАЛИДНОСТИ

Известно, что воспитание и социализация ребенка начинается с первых месяцев жизни, не в школе и даже не в дошкольных учреждениях, а в семье. В то же время в семье, имеющей ребенка-инвалида, ответственность за воспитание ребёнка возрастает многократно, так как ребёнок большую часть жизни проводит в изоляции от других институтов социализации (Пузин С.Н., Великолуг Т.И., Науменко Л.Л., 2010; Пузин С.Н., Шабалина Н.Б., Герсамия А.Г., 2005).

Следует учитывать, что сама травма, не говоря уже об инвалидности, способствует созданию предпосылок к дезадаптации детей, так как формирование у них адаптационных проблем зависит во многом от семьи и ближайшего окружения. Определение типа реагирования семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями, включает в себя такие характеристики как психологический климат в семье, родительский стиль взаимодействия с ребенком, реабилитационную компетентность семьи и др.

«…В процессе работы с ребенком необходимо выяснить, насколько семья информирована в вопросах не только заболевания и реабилитации своего ребенка, но и адекватного отношения, как к дефекту, так и самому ребенку, так как успех реабилитационных мероприятий зависит от потенциала семьи. При этом родители не меньше ребенка нуждаются в психологической помощи, поддержке и информации…» (Зенина С.Л., 2010).

В соответствии с программой исследования нами изучалось влияние типа реагирования семьи, на выполнение мероприятий, направленных на реабилитацию ребенка с различными видами травмирующего фактора. Как было указано выше в ходе проведения исследования были определены следующие типы реагирования семьи: просоциально ориентированный, социально зависимый, асоциально ориентированный (далее - соответственно первый, второй, третий).

4.1. Влияние типа реагирования семьи на выполнение лечебно-восстановительных мероприятий у детей-инвалидов с черепно-мозговой травмой

По результатам психологического обследования было произведено распределение по типам реагирования семьи при ЧМТ: наибольшую группу 44,4% составили семьи с вторым типом, с первым типом - 41,3% семей, наименьшая группа семей с третьим типом реагирования - 14,3% (рис. 4.1).

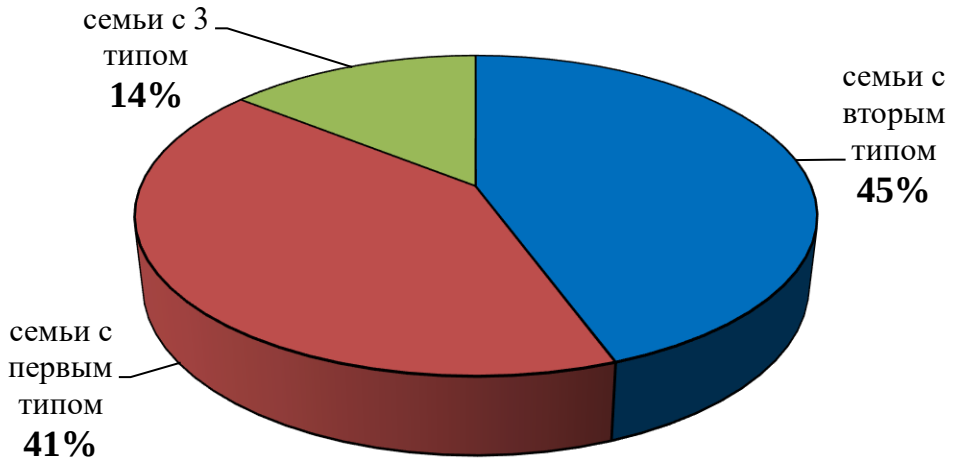


Рис. 4.1. Распределение по типам реагирования семьи детей с ЧМТ

Средний коэффициент проведенных мероприятий по медицинской реабилитации у детей-инвалидов, перенесших ЧМТ, составил К2=0,65±0,1 ($p<0,001$). При первом типе реагирования средний коэффициент по реабилитационным мероприятиям оказался самым высоким К2=0,70±0,1 ($p<0,001$). При втором типе реагирования К2=0,65±0,1 ($p<0,001$), а при третьем типе он составил К2=0,60±0,1 ($p<0,001$). При втором и третьем типах реабилитационные мероприятия были проведены не в полном объеме, и это не привело к полной реабилитации. За наблюдаемый нами период было реабилитировано с последствиями ЧМТ всего 1,1% детей.

Следует отметить, что реабилитационные мероприятия включали в себя таковые по медицинской, социальной и психологической реабилитации.

При этом при проведении медицинской реабилитации акцент был сделан на реконструктивной хирургии, проведении высокотехнологичных операций, санаторно-курортном лечении, протезировании и ортезировании (по нуждаемости), активном использовании средств технической реабилитации и протезно-ортопедических изделий.

При проведении оценки социальной реабилитации было предусмотрено информирование и консультирование по вопросам реабилитации, расширение возможностей участия ребенка-инвалида в обычных общественных взаимоотношениях (встречи и общение с друзьями); умение пользоваться общественным транспортом, преодолевать препятствия (лестницы, бордюры), в том числе с помощью средств реабилитации, а так же делать покупки и иные расчеты, пользоваться средствами связи; восстановление утраченных или приобретение новых навыков самообслуживания и деятельности в быту; обучение ребенка-инвалида и членов его семьи навыкам личной гигиены, самообслуживания, заниматься физической культурой, участвовать в политической жизни общества, посещать учреждения культуры.

Психологическая реабилитация включала в себя мероприятия по психолого-педагогической реабилитации: определение типа дошкольного и школьного образовательного учреждения, подбор формы и режима обучения, психологическое консультирование, психологическая коррекция, направленная на мотивацию к обучению, реализация возможности получения полного общего образования, получение профессии, снятие рентной установки. Анализируя объём и результат проведенных реабилитационных мероприятий, выявлены следующие закономерности при всех типах реагирования, которые представлены в таблицах 4.1 и 4.2.

Таблица 4.1

Объём выполнения реабилитационных мероприятий при различных типах реагирования семьи детей с ЧМТ (%)

Коэффициент	Объём реабилитационных мероприятий (%)								
	объем медицинских мероприятий			объем социальных мероприятий			объем психологических мероприятий		
	I	**II**	**III**	**I**	**II**	**III**	**I**	**II**	**III**
0,75-1,0	81,5	64	22,2	77,8	76,4	67,8	0	0	0
0,5	18,5	28	77,8	22,2	23,6	32,2	59,3	44	55,6
0-0,25	0	8	0	0	0	0	40,7	56	44,4
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100

***I – первый тип *II - второй тип *III – третий тип.**

При первом типе реагирования семьи, который характеризуется достаточным волевым потенциалом, огромным стремлением к излечению ребенка, педантичным выполнением рекомендаций врачей, в 81,5% случаев медицинские рекомендации были выполнены в полном объеме.

При втором типе, характеризующимся проявлением эмоций во всех сферах жизнедеятельности, некоторой тревогой, данные мероприятия выполнены в 64,0% случаев.

При третьем типе, для которого характерно превалирование эмоций над разумом, инертность мышления, склонность к аффектам, медицинские рекомендации в полном объёме были выполнены только в 22,2% случаев (рис. 4.2).

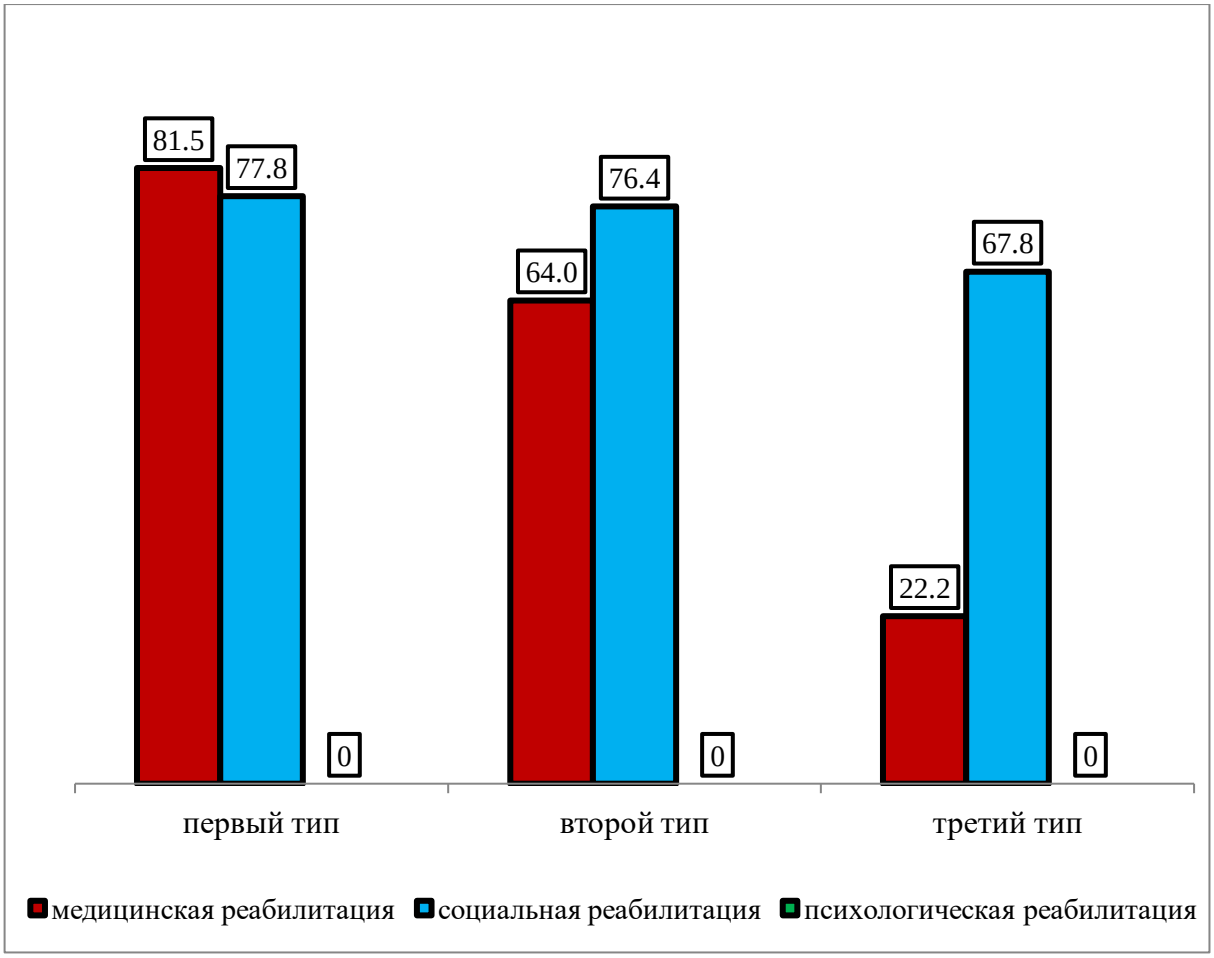


Рис. 4.2. Выполнение реабилитационных мероприятий (К=0,75–1,0) при всех типах реагирования семьи детей с ЧМТ (%)

Что же касается выполнения мероприятий по социальной реабилитации, то при всех трех типах они были выполнены в полном или почти в полном объёме у большей части семей, имеющей ребенка с травмой: 77,8% при первом типе, в 76,4% случаев при втором типе, а при третьем типе в 67,8% случаев. Следует отметить, что в психологической помощи нуждались все семьи детей, получивших черепно-мозговую травму. Но в полном объеме данные мероприятия не были проведены при всех типах реагирования семьи.

Частично проведены мероприятия (К=0,5) по медицинской реабилитации при первом типе в 18,5% случаев, при втором типе в 28,0% случаев и в 77,8% случаев при третьем типе. Удельный вес частично проведенных мероприятий по социальной реабилитации при первом и

втором типах составили 22,2% и 23,6% соответственно. А при третьем типе в 32,2% случаев. Объём психологической помощи, который ограничился консультированием, при первом типе выполнен в 59,3% случаев, при втором типе в 44% случаев, а при третьем типе в 55,6% случаев (рис. 4.3).

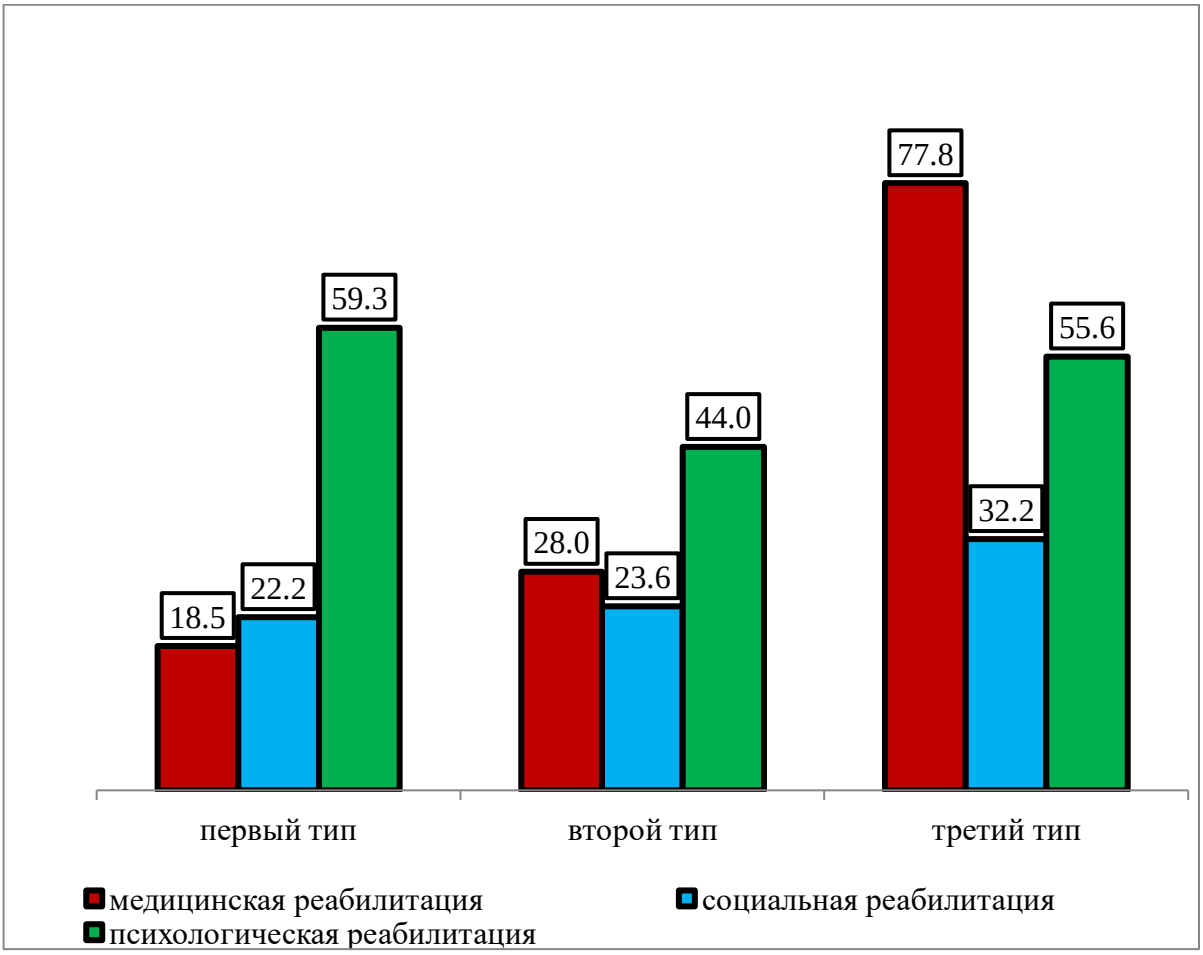


Рис. 4.3. Частичное выполнение реабилитационных мероприятий (К=0,5) при всех типах реагирования семьи детей с ЧМТ (%)

Следует отметить, что при втором типе в 8,0% случаев медицинские рекомендации не были выполнены вообще или в минимальном объёме (К=0-0,25). Не проводилась вообще работа по психологической реабилитации, которая направлена на активацию волевого потенциала, на достижение оптимальных результатов, почти у половины пациентов: в 40,7% случаев при первом типе, в 56% случаев при втором типе, 44,4% случаев при третьем типе (рис. 4.4).

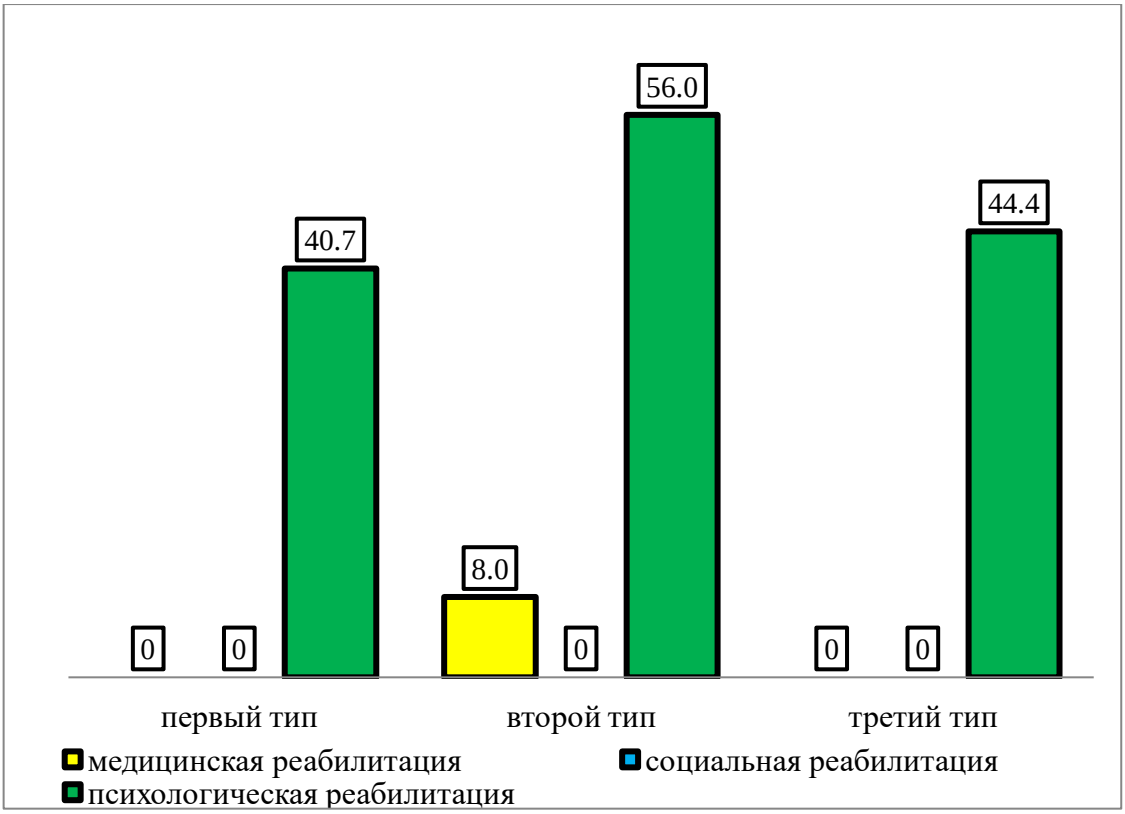


Рис. 4.4. Минимальное выполнение реабилитационных мероприятий (К=0–0,25) при всех типах реагирования семьи детей с ЧМТ(%)

В то же время результаты проведенных реабилитационных мероприятий выявили следующие закономерности при всех типах реагирования, которые представлены в таблице 4.2.

Таблица 4.2

Результат проведенных реабилитационных мероприятий при различных типах реагирования семьи детей-инвалидов с ЧМТ (%)

Коэффициент	Результат реабилитационных мероприятий (%)					
	Результат медицинской реабилитации			Результат социальной реабилитации		
	Iтип	II тип	III тип	I тип	II тип	III тип
0,75-1,0	81,5	60,0	22,5	70,4	66,0	44,5
0,5	11,1	32,0	66,7	11,1	22,0	33,3
0-0,25	7,4	8,0	10,8	18,5	12,0	22,2
Всего	100	100	100	100	100	100

Максимальное достижение результата по медицинской реабилитации (РМР) у детей с ЧМТ, которое характеризовалось почти полным восстановлением высших психических функций, в ряде случаев возвратом к физиологической норме двигательных нарушений (К=0,75-1,0), было зафиксировано в 81,5% случаев при первом типе, в 60% случаев - при втором типе и только в 22,5% случаев при третьем типе.

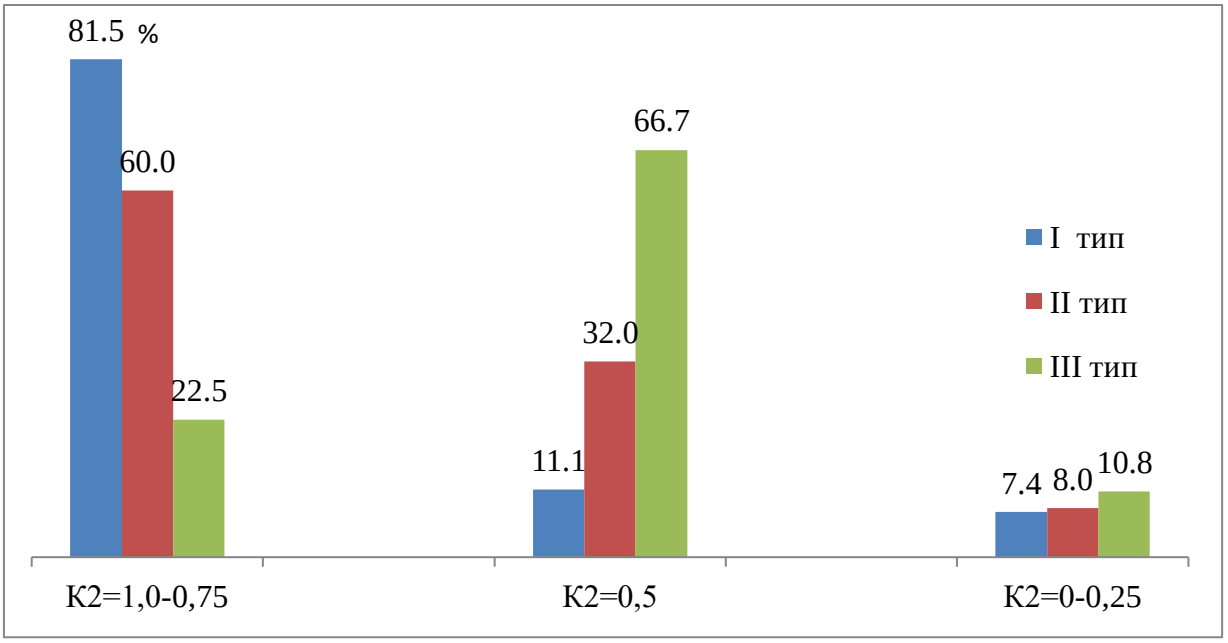


Рис. 4.5. Результат медицинской реабилитации при всех типах реагирования семьи детей с ЧМТ(%)

Удельный вес частично восстановленных функций (К=0,5) составил при первом типе в 11,1% случаев, в 32,0% случаев – при втором типе и в 66,7% случаев при третьем типе (рис. 4.5). Отсутствие положительного результата почти одинаковое при первом типе (7,4%) и втором типе (8,0%), несколько выше при третьем типе – 10,8% случаев.

В результате социальной адаптации различной степени, дети инвалиды по последствиям ЧМТ могут обучаться не только в учебных заведениях общего типа или на дому, но и в специальном учебном заведении по специальной программе. Это зависит от восстановленных способностей.

Так в результате выполнения социальных мероприятий (РСР) в 70,4% случаев достигнута способность к обучению в учебном заведении общего типа, либо по специальной программе в заведении общего типа при первом типе. При втором типе такой результат достигнут в 66,0% случаев и меньше при третьем типе в 44,5% случаев (рис. 4.6).

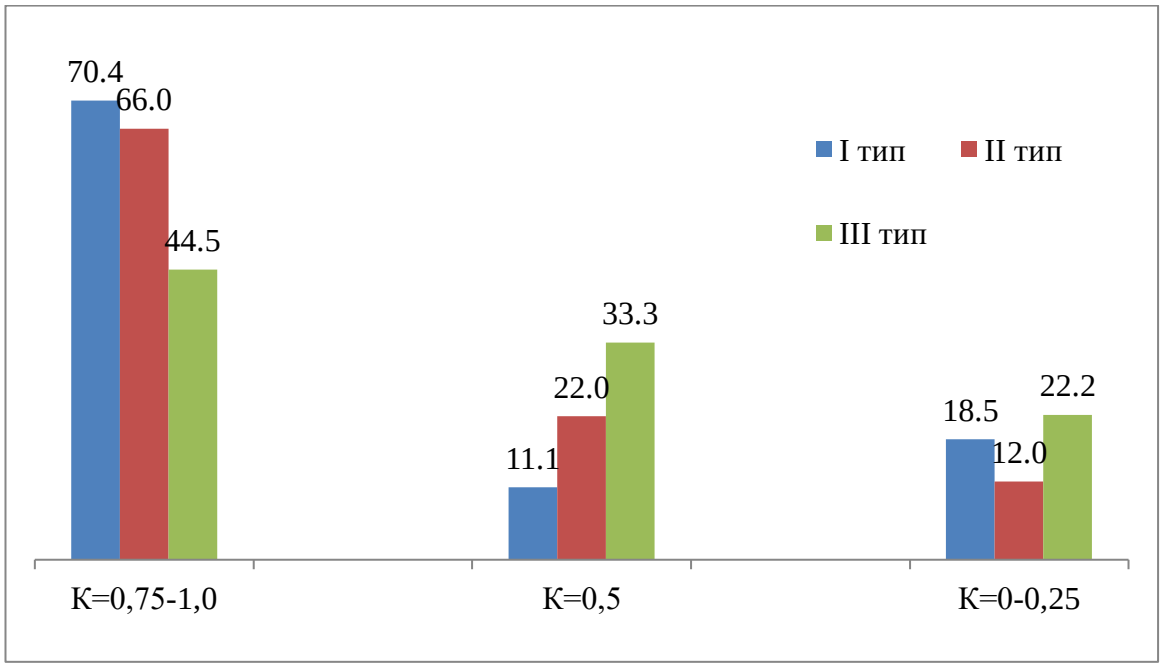


Рис. 4.6. Результат социальной реабилитации при всех типах реагирования семьи детей с ЧМТ(%)

Способность к обучению в специальном учебном заведении по специальной программе достигнута в 11,1% случаев при первом типе, в 22% случаев при втором типе, а при третьем типе в 33,3% случаев.

В результате проведенных реабилитационных мероприятий сохранилась способность к обучению на дому при первом типе в 18,5% случаев, при третьем типе в 22,2% случаев и в 12% случаев при втором типе.

Таким образом, анализируя объём и результат проведенных реабилитационных мероприятий в семьях детей с последствиями ЧМТ, определены следующие закономерности в зависимости от типа реагирования семьи. При первом и втором типе родители адекватно реагируют на

состояние ребенка, отмечается стремление к излечению в различной степени, повышенная эмоциональность не препятствует выполнению рекомендуемых реабилитационных мероприятий. При третьем типе эмоции превалируют над разумом. Отмечается фиксация на состоянии, рентное отношение к болезни. Необходима психологическая помощь, направленная на активацию волевого потенциала семьи ребенка, с целью достижения оптимальных результатов восстановительного лечения.

4.2. Влияние типа реагирования семьи на выполнение реабилитационных мероприятий у детей-инвалидов с термическими поражениями

Из общего числа обследуемых нами семей с детьми, получившими термическую травму, семьи с первым типом реагирования составили 63,1%, с вторым типом – 36,9%, с третьим типом - случаев не было (рис. 4.7).

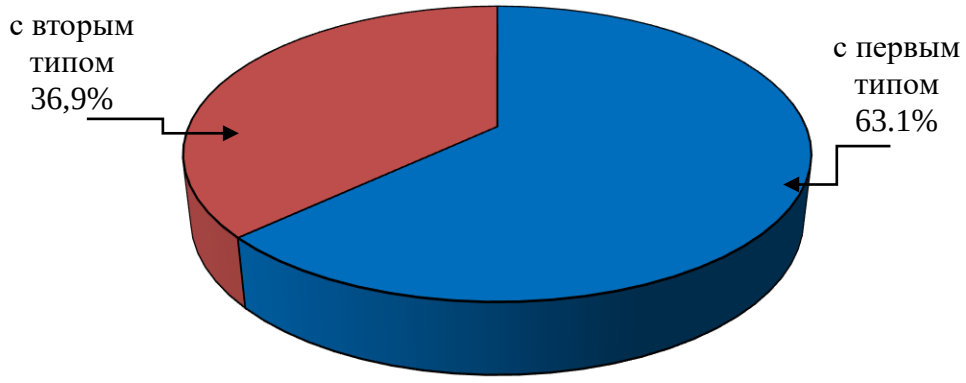


Рис. 4.7. Распределение по типам реагирования семей детей с термической травмой (%)

После наблюдения в бюро МСЭ в течение 2-4 лет 18,2 % детей не была установлена категория ребенок-инвалид. Из них с первым типом полностью реабилитированные составили 88,9%, а со вторым типом – 11,1%. При этом средний коэффициент выполненных реабилитационных мероприятий и

достигнутых результатов К2=0,64±0,16 (p<0,001), при первом типе составил К2 = 0,70±0,1 (p<0,001). При втором типе он ниже и составил К2=0,57±0,1 (p<0,001).

В ходе анализа объёма и результатов выполнения реабилитационных мероприятий при различных типах реагирования семьи детей с термической травмой, отмечались следующие закономерности (табл. 4.3).

Таблица 4.3

Объём и результат реабилитационных мероприятий при различных типах реагирования семьи детей с термической травмой (%)

Коэффициент	Объём реабилитационных мероприятий (%)						Результат реабилитационных мероприятий (%)			
	Объем медицин. мероприятий		Объем социальн. мероприятий		Объем психологич. мероприятий		Результат медицинской реабилитации		Результат социальной реабилитации	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
0,75 -1,0	79,3	52,9	75,9	70,9	0	0	75,9	52,9	89,7	52,9
0,5	17,2	35,3	24,1	29,4	10,3	11,8	20,7	41,2	0	0
0 -0,25	3,5	11,8	0	0	89,7	88,2	3,4	5,9	10,3	47,1
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

***I** – первый тип; ***II** – второй тип

Объём медицинской реабилитации (ОММ) в семьях с первым типом был выполнен в полном или почти в полном объёме (К2=0,75-1,0) в 79,3% случаев. В отличие от первого типа, при втором типе объём медицинских мероприятий был выполнен полностью лишь в 52,9% случаев. В разделе по выполнению рекомендаций по социальной реабилитации (ОСМ) отмечается либо максимальное выполнение, либо наполовину при обоих типах. В полном объёме 75,9% случаев – первый тип, 70,9% случаев – второй тип (рис. 4.8).

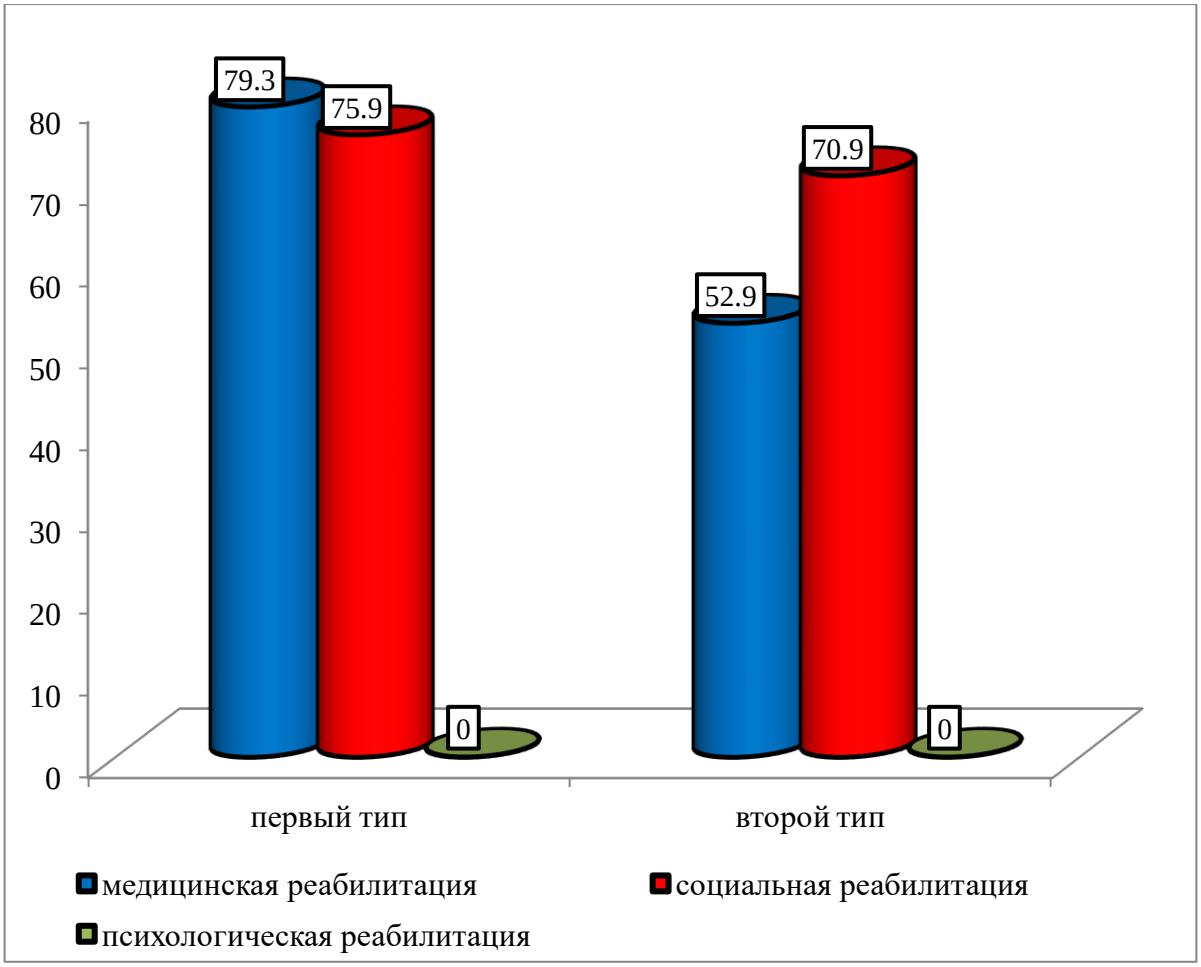


Рис. 4.8. Выполнение реабилитационных мероприятий (К=0,75–1,0) при всех типах реагирования семьи детей с термической травмой (%)

Частичное выполнение (К=0,5) мероприятий по медицинской реабилитации отмечалось в 24,1% случаев при первом типе и 29,4%случаев при втором типе реагирования. По социальной реабилитации данные мероприятия проведены на половину в 17,2% в семьях с первым типом. А с вторым типом данные мероприятия выполнены частично у пациентов в 35,3% случаев. Не проводилось никаких реабилитационных мероприятий вообще, или они были проведены в минимальном объёме в 3,5% случаев при первом типе, в 11,8% при втором типе реагирования семьи (рис. 4.9).

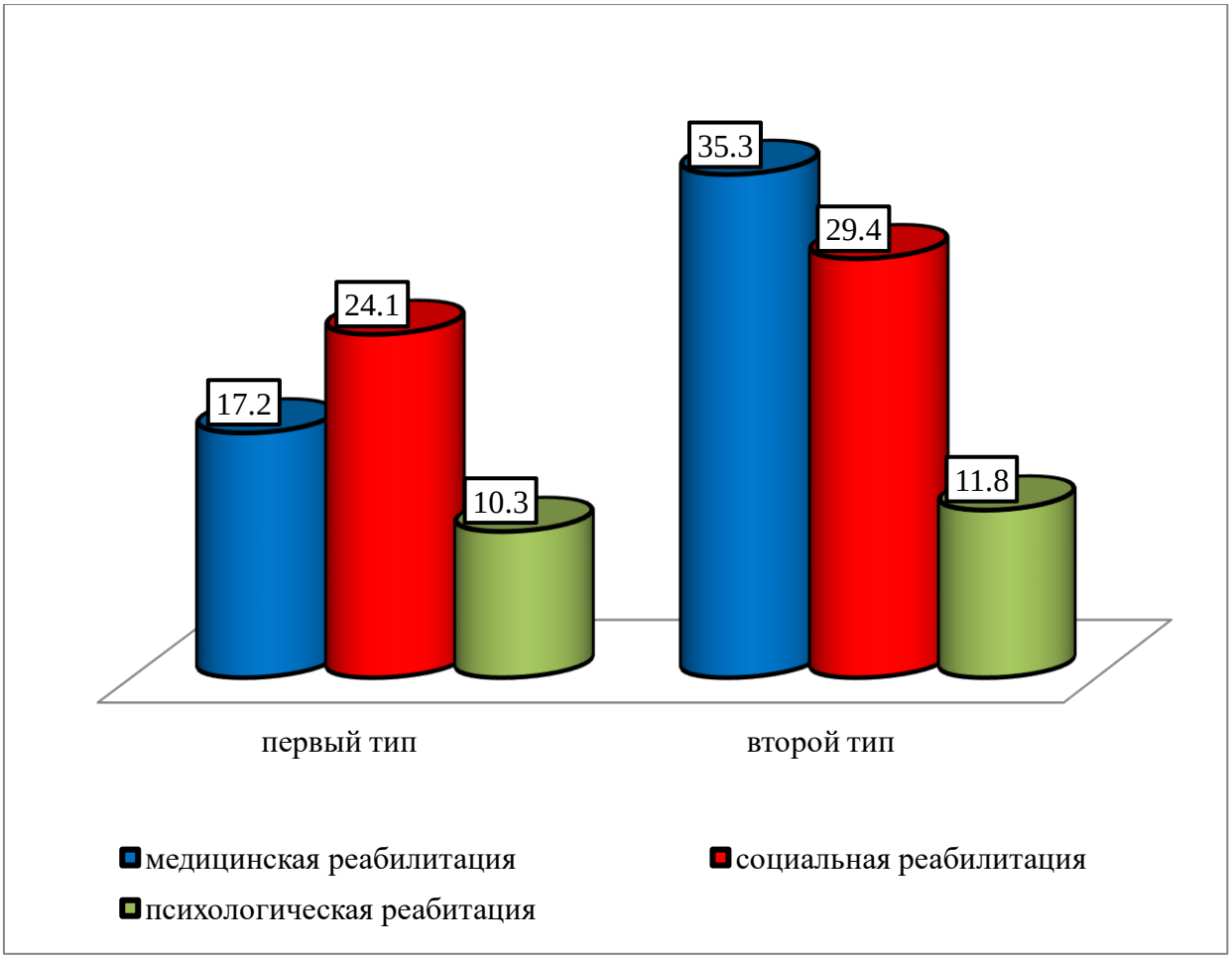


Рис. 4.9. Частичное выполнение реабилитационных мероприятий (К=0,5) при всех типах реагирования семьи детей с термической травмой в (%)

Что же касается психологической реабилитации, при освидетельствовании в бюро МСЭ по результатам реализации ИПР у детей, получивших термическую травму, слабым звеном остаются мероприятия по психологической реабилитации. Объём психологической помощи не оказан или оказан минимально почти у 90% при обоих типах реагирования: в 89,7% случаев (первый тип), 88,2% случаев (второй тип). Только у десятой части освидетельствованных детей мероприятия по психологической помощи ограничились однократным консультированием в 10,3% случаев при первом типе реагирования, и в 11,8% при втором типе (рис. 4.10).

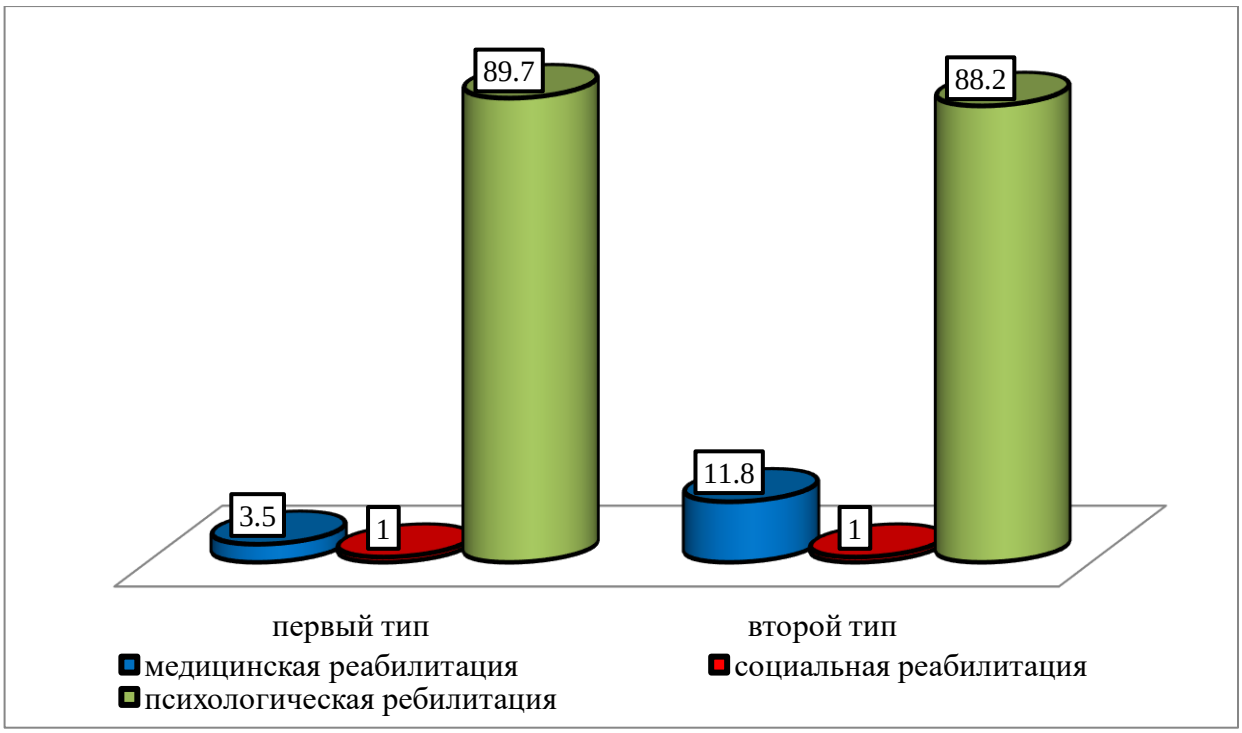


Рис. 4.10. Минимальное выполнение реабилитационных мероприятий (К=0–0,25) при всех типах реагирования семьи детей с термической травмой в %

Перенесенная ожоговая болезнь оставляет после себя не только значительные поражения ряда органов и систем организма. Процесс лечения данного контингента больных не заканчивается восстановлением целостности кожных покровов. Необходимо помнить, что психическая травма, вызванная как термическим поражением, так и длительным существованием обезображивающих рубцов, может повлиять на результат проводимых мероприятий и даже обусловить формирование патологической личности.

Во время беседы с психологом тестируемые на вопрос о самочувствии дети давали такие ответы: «мое самочувствие зависит от того, как относятся ко мне окружающие». Об отношении к болезни: «моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, угнетает меня тем, что люди стали сторониться». Об отношении к лечению: «я готов (а) на самое мучительное лечение, только бы избавиться от болезни».

С учетом проведенных реабилитационных мероприятий, достигнуты различные результаты по восстановлению утраченных функций, интеграции ребенка в социум. В разделе медицинской реабилитации (РМР) достигнут возврат к физиологической норме или восстановлены нарушенные функции почти полностью в 75,9% случаев у семей с первым типом и только в 52,9% случаев - у семей с вторым типом реагирования (рис. 4.11).

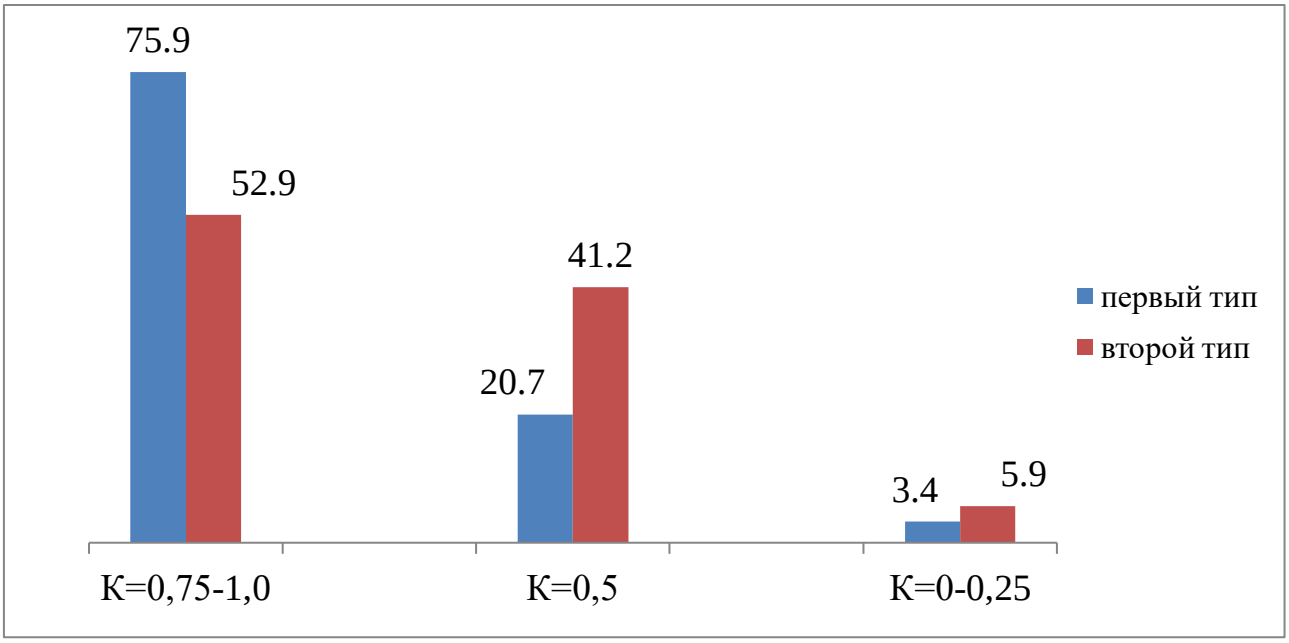


Рис. 4.11. Результат медицинской реабилитации при всех типах реагирования семьи детей с термической травмой (%)

Частичное восстановление функций достигнуто в 20,7% случаев у детей в семьях с первым типом, и в 41,2% случаев у детей с вторым типом реагирования семьи (рис. 4.12).Отсутствие положительного результата в 3,4% случаев при первом типе реагирования, в 5,9% случаев при втором типе.

Как результат социальной реабилитации (РСР) достигнута способность к обучению в учебном заведении общего типа в 89,7% случаев у детей с ограниченными возможностями при первом типе, в 52,9% случаев при втором типе (рис. 4.12).

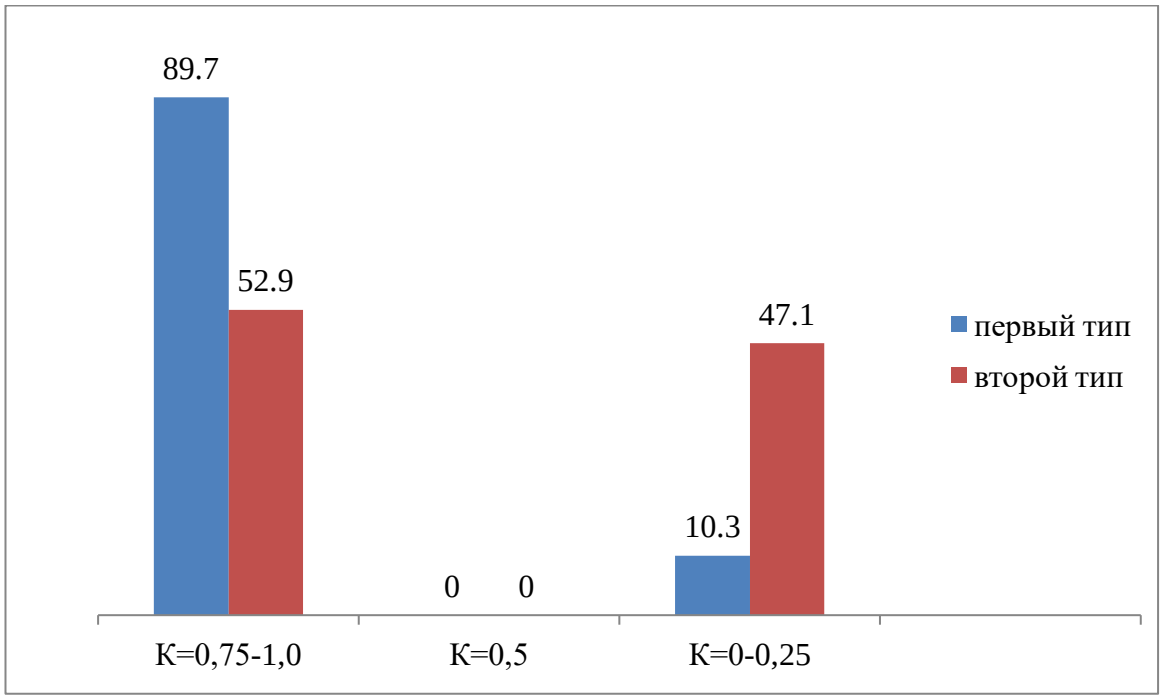


Рис. 4.12. Результат социальной реабилитации при всех типах реагирования семьи детей с термической травмой (%)

Частично достигнутый результат (К=0,5) по социальной реабилитации не был зафиксирован при всех типах – 0%. Минимальное выполнение (К=0-0,25) достигнуто в результате социальной реабилитации способность к обучению на дому в 10,3% случаев у детей в семьях с первым типом, большая часть у детей-инвалидов - 47,1% случаев - со вторым типом реагирования семьи.

Таким образом, отмечается зависимость объёма и результатов выполнения лечебно-восстановительных мероприятий от типа реагирования семьи при термических травмах. Некоторый уход в болезнь на фоне особого отношения к болезни, повышенная эмоциональность, а не рациональность, характерные для второго типа, не позволили выполнить данные рекомендации на должном уровне. Но высокий волевой потенциал данного типа способен привести к адекватным результатам лечения и социальной адаптивности ребенка при условии оказания психологической помощи.

4.3. Влияние типа реагирования семьи на уровень проведенных реабилитационных мероприятий у детей-инвалидов с травмами опорно-двигательной системы

При обследовании семей с детьми, перенесших травму опорно-двигательной системы, выявлено следующее распределение: с первым типом реагирования - 55,3%, со вторым типом реагирования - 44,7% случаев. С третьим типом реагирования на приобретенную патологию семей не было.

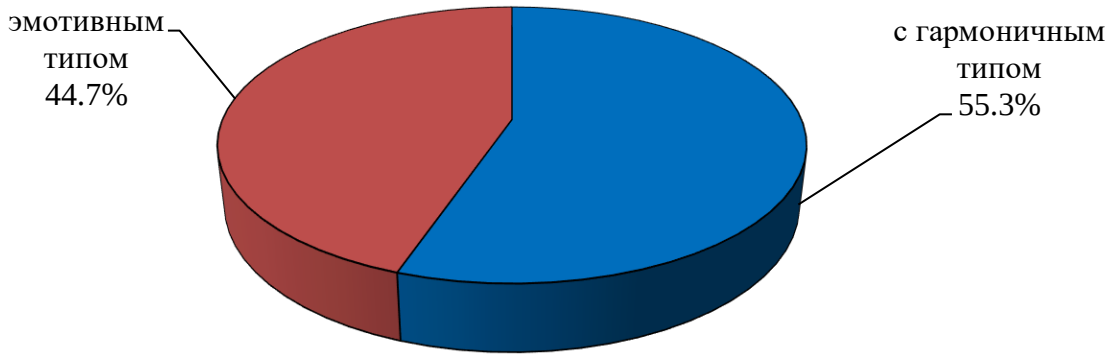


Рис. 4.13. Распределение по типам реагирования семьи детей при травмах опорно-двигательной системы (%)

Средний коэффициент проводимых реабилитационных мероприятий и достигнутых результатов реабилитации составил К2=0,68±0,15 ($p<0,001$). При первом типе он равен К2=0,73±0,1 ($p<0,001$), а при втором типе К2=0,63±0,1 ($p<0,001$).

Из всех детей, получивших травму позвоночника, 1,2% были реабилитированы через 2 и 3 года наблюдения в бюро МСЭ. Средний коэффициент проведенных реабилитационных мероприятий с данной локализацией травмы составил К2= 0,75±0,1 ($p<0,001$).

С последствиями травмы костей таза не было реабилитировано ни одного ребенка в виду сопутствующего поражения со стороны нервной системы: поражения седалищного нерва, ушиба конского хвоста, как следствие нарушения функции тазовых органов, парапарезов нижних

конечностей. Средний коэффициент проведенных реабилитационных мероприятий самый низкий в данной группе детей и составил К2=0,59±0,1 (p<0,001).

С травмами нижних конечностей было реабилитировано 2 ребенка через 3 года наблюдения в бюро МСЭ. Средний коэффициент проведенных мероприятий у данных пациентов составил К2=0,85±0,1 (p<0,001).

С травмой верхних конечностей не было реабилитировано ни одного ребенка вследствие сформировавшихся стойких необратимых функциональных нарушений, которые развились на этапе оказания квалифицированной медицинской помощи. Средний коэффициент по выполнению реабилитационных мероприятий в этой группе детей составил К2=0,66. ±0,1 (p<0,001).

При анализе объёма проведенных реабилитационных мероприятий и достигнутых результатов по восстановлению у детей, получивших травму опорно-двигательной системы, выявлены следующие закономерности при различных типах реагирования семьи (табл. 4.4).

Таблица 4.4

Объём и результат выполнения реабилитационных мероприятий у детей с травмой ОДС при различных типах реагирования семьи, (%)

Коэффициент	Объём реабилитационных мероприятий (%)						Результат реабилитационных мероприятий (%)			
	Объем медицинских мероприятий		Объем социальных мероприятий		Объем психологических мероприятий		Результат медицинской реабилитации		Результат социальной реабилитации	
	I	**II**	**I**	**II**	**I**	**II**	**I**	**II**	**I**	**II**
0,75-1,0	61,9	58,8	71,4	76,5	0	0	47,9	52,9	88,2	85,7
0,5	33,3	41,2	28,6	23,5	19,1	5,9	42,9	29,4	0	0
0-0,25	4,8	0	0	0	80,9	94,1	9,5	17,7	11,8	14,3
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*__I__ – первый тип; *__II__ – второй тип.

Полный объём проведенных мероприятий по медицинской реабилитации (К2=0,75-1,0) при первом типе выше - 61,9%, чем при втором - 58,8%. (рис. 4.14).

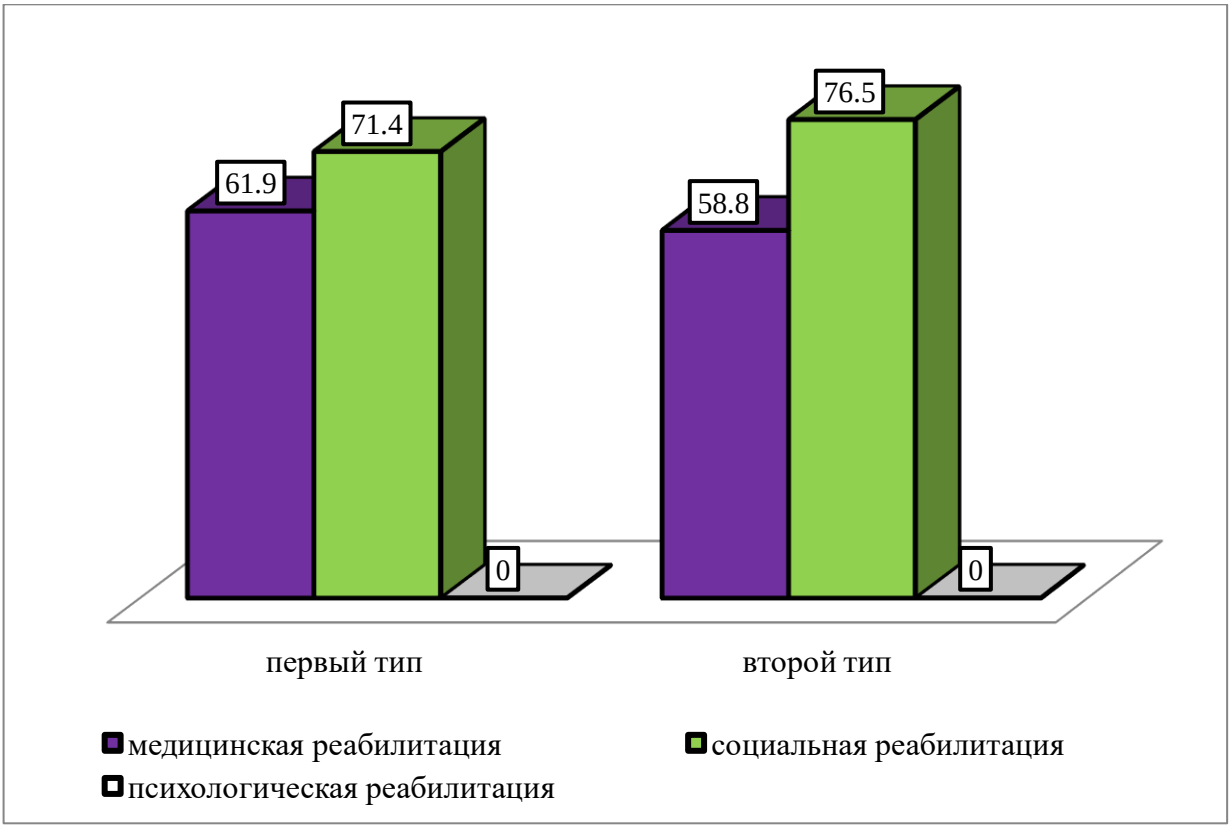


Рис. 4.14. Выполнение реабилитационных мероприятий (К=0,75–1,0) при всех типах реагирования семьи детей с травмой ОДС (%)

Что же касается социальной реабилитации, то при обоих типах реагирования семьи они выполнены в полном объёме у большей части детей: 71,4% и 76,5% случаев. Проведение мероприятий по психологической помощи также остается слабым звеном, как и при других видах травматических повреждений.

Частичное выполнение (К=0,5) рекомендаций по медицинской реабилитации было выполнено у 33,3% случаев при первом типе, при втором типе в 41,2% случаев. Мероприятия по социальной реабилитации были наполовину реализованы в 28,6% при первом типе, в 23,5% случаев при втором типе. По психологической реабилитации данные мероприятия при

первом типе семьи были проведены в три раза больше – 19,1% случаев, чем при втором типе – 5,9% (рис. 4.15).

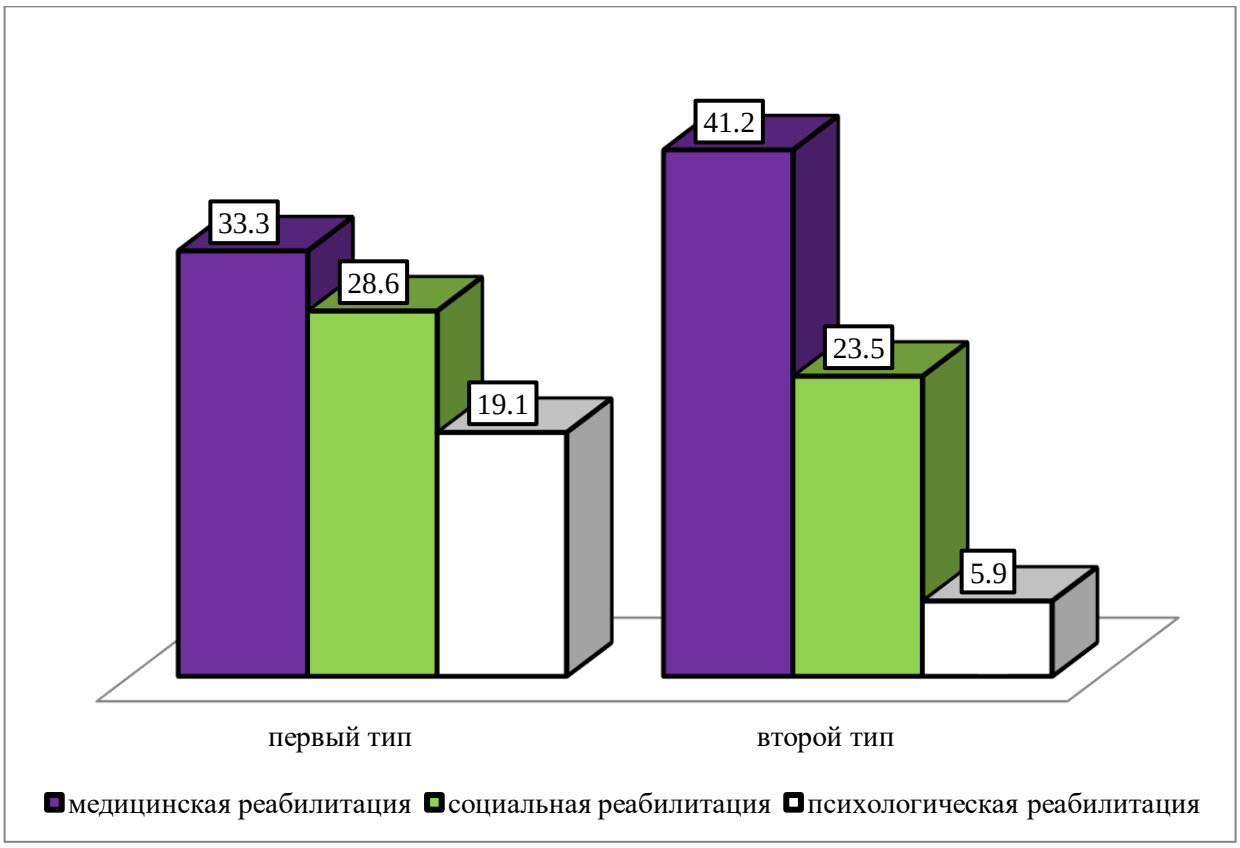


Рис. 4.15. Частичное выполнение реабилитационных мероприятий (К=0,5) при всех типах реагирования семьи детей с травмой ОДС (%)

Не проводилось никаких мероприятий по психологической реабилитации (К=0-0,25) в 80,9% случаев при первом типе и в 94,1% случаев при втором типе.

В результате проведенных мероприятий по медицинской реабилитации достигнуто полное восстановление утраченных функций почти у половины – 47,9% детей с первым типом, в 52,9% случаев у детей со вторым типом. Частичное восстановление функций при первом типе произошло в 42,9% случаев, в 29,4% случаев при втором типе. Однако, отсутствие положительных результатов при втором типе в 2 раза больше (17,7%), чем при первом типе (9,5%) (рис. 4.16).

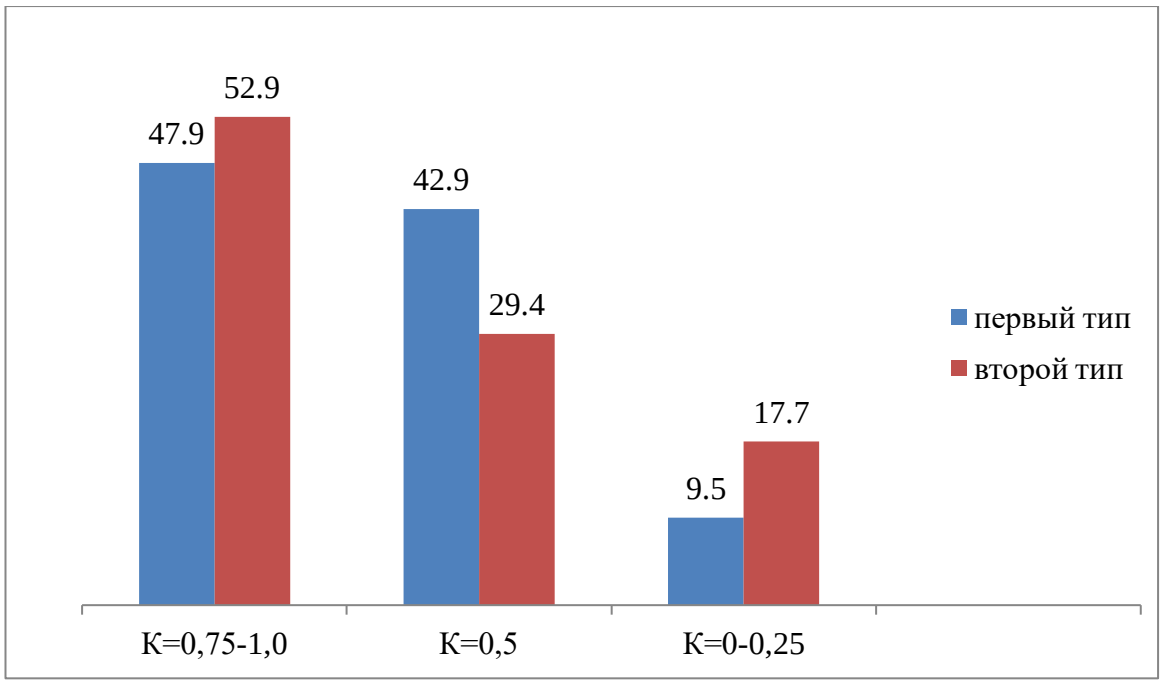


Рис. 4.16. Результат медицинской реабилитации при всех типах реагирования семьи детей с травмой ОДС (%)

Оценивая данные по социальной реабилитации, отмечались два варианта: максимальный или минимальный результат (рис. 4.17).

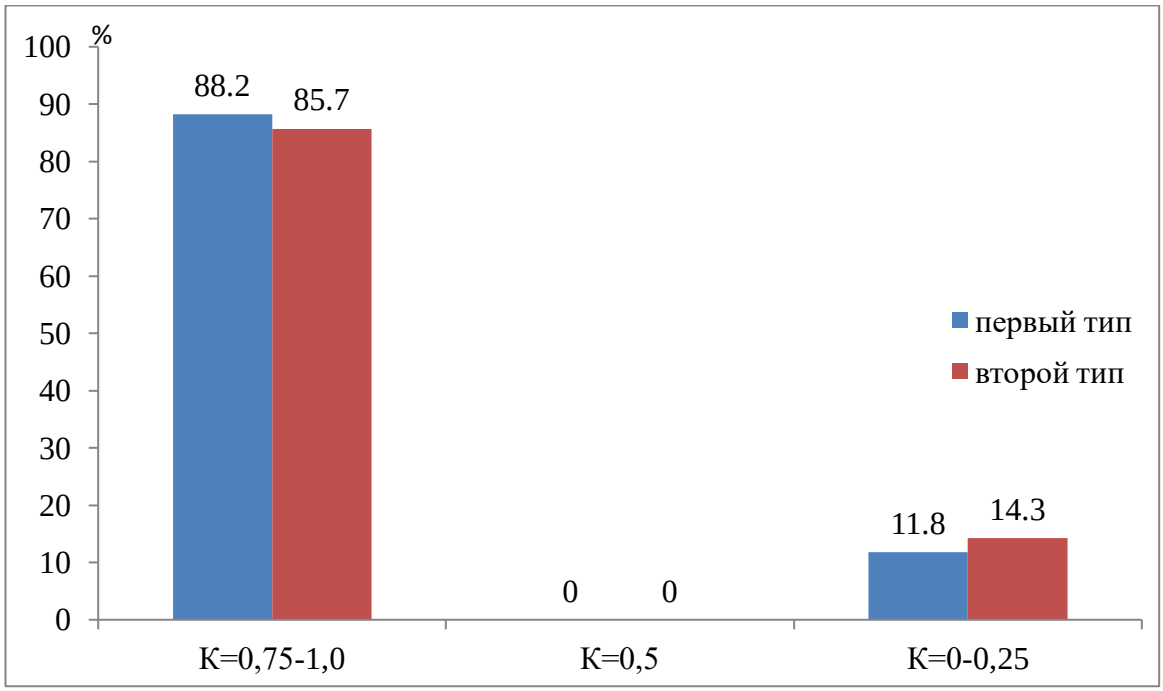


Рис. 4.17. Результат социальной реабилитации при всех типах реагирования семьи детей с травмой ОДС (%)

Способность к обучению в учебных заведениях общего типа в 88,2% случаев в семьях с первым типом, в 85,7% случаев со вторым типом. Сохранилась способность к обучению на дому в 11,8% случаев при первом типе и в 14,3% случаев при втором типе - как результат социальной реабилитации.

Таким образом, отмечается влияние типа реагирования семьи на объём выполнения рекомендаций и при травмах опорно-двигательной системы. При первом типе более высокий процент выполнения различных реабилитационных мероприятий, чем при втором. Как результат проведенных мероприятий восстановление утраченных функций, социальная адаптация при первом типе выше, чем у детей со вторым типом реагирования семьи.

Следует отметить, что при проведении реабилитационных мероприятий необходимо акцентировать внимание на семьи со вторым типом реагирования. В первую очередь работа медицинских психологов, психологов-педагогов, направленная на активацию волевого потенциала семьи и достижение оптимальных результатов лечения у ребенка, его социальной и психологической адаптации должна проводиться с родителями и детьми именно этого типа.

ГЛАВА 5. ПРИОРИТЕТНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СНИЖЕНИЕ ИНВАЛИДИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧИВШИХ ТРАВМУ

Одним из приоритетных направлений в снижении первичной детской инвалидности является профилактика детского травматизма. На самом деле, большинства травм и опасных ситуаций можно избежать путем совершенствования окружающей среды, улучшения конструкции изделий, а также путем просвещения и выработки навыков предоставления первой медицинской помощи, придав более высокий уровень приоритетности профилактике детского травматизма.

Разрозненность реализации единого процесса профилактики детского травматизма и реабилитации детей с последствиями травм, отсутствие межведомственной согласованности в проведении реабилитационных мероприятий не позволяет достигнуть должной эффективности восстановительных мероприятий.

С этой целью целесообразно внедрение в практику соответствующих основных форм межведомственного сотрудничества.

На рисунке 5.1. представлены потоки информации по проблеме на различных иерархических уровнях. Создание единого информационного поля о мерах профилактики детского травматизма, видах реабилитации, объектах инфраструктуры реабилитационного процесса позволит скоординировать работу различных ведомств, учреждений, организаций, фондов. Создание межведомственной информационной системы будет способствовать получению универсальной информации для различных ведомств и позволит улучшить планирование мероприятий по оказанию медицинской помощи, реабилитации и социальной адаптации детей-инвалидов.



Рис. 5.1. Основные формы межведомственного сотрудничества

Для решения данной проблемы перечисленным организациям и ведомствам необходимо четкое выполнение следующих компетентных вопросов.

Центр планирования семьи - обучение молодых мам навыкам безопасного ухода за ребенком (купание, пеленание, кормление) предупреждение падения, оставления без присмотра ребенка.

Клубы молодых семей - обучение молодых родителей необходимым навыкам по предупреждению дорожного, бытового (падения, ожоги, электротравмы, отравления), уличного травматизма.

Орган опеки и попечительства региона - патронаж многодетных, приемных семей с целью оценки безопасности домашних условий, консультирования по вопросам безопасности жилищных условий с целью профилактики бытового травматизма.

Общественные женские организации - рекомендации по обучению ребенка во время игр и занятий навыкам пользования острыми и режущими предметами, правилам обращения с горячей посудой, жидкостью, пищей и проч., по обучению детей правилам поведения на улицах города, на детской площадке, в парке, на аттракционах.

Органы управления образованием - проведение мероприятий административно-хозяйственного направления по благоустройству территории и здания школы, созданию безопасных условий для жизнедеятельности детей; организация и проведение родительских собраний по профилактике травматизма в быту и на улице; создание информационного поля по ответственности родителей за безопасность своих детей; совместные мероприятия с учреждениями здравоохранения, ГИБДД.

Комитет по физкультуре, спорту и туризму - занятия по физическому развитию ребенка, формирование устойчивых навыков безопасного поведения с помощью игр; занятия физическими упражнениями, подвижными играми, спортивными развлечениями.

ГИБДД региона - организация встреч с работниками ГИБДД, организация клубов дорожного движения, профилактические занятия на улице, формирование устойчивых навыков безопасного поведения на дорогах.

Комиссия по делам несовершеннолетних - патронаж неблагополучных семей с целью проведения бесед по профилактике бытового, уличного травматизма.

Орган управления строительства и эксплуатации автодорог - обеспечение достаточной освещенности и сигнализации на дорогах, содержание в исправном состоянии уличных покрытий, расширение узких дорог с интенсивным движением.

ЖКХ региона - организация при жилищных конторах специальных комиссий по борьбе с бытовым травматизмом; контроль над ремонтом и содержанием жилищных коммуникаций, фасадов, лестничных маршей, прилегающих территорий, детских площадок.

Роспотребнадзор региона - проведение экспертизы детских изделий (колясок, игрушек и т.д.) на безопасность применения.

МСЭ региона - анализ первичной детской инвалидности вследствие травм, разработка программ реабилитации детей инвалидов; оценка качества реализации индивидуальной программы реабилитации в снижении инвалидности.

Средства массовой информации - проведение широкой антиалкогольной пропаганды; целенаправленная работа по созданию здорового быта.

Для осуществления благоприятного исхода от полученной травмы основополагающим является принцип оказания исчерпывающей медицинской помощи на всех её этапах.

Исчерпывающий характер предполагает получение полного объёма предусмотренной медицинской помощи различного уровня, проведения

полного объёма реабилитационных мероприятий до момента наступления выздоровления или устойчивого благоприятного состояния, в той медицинской организации и травматологическом отделении, куда поступит больной, без осложнений и дальнейшего перевода в лечебное учреждение более высокого ранга или установления статуса «ребёнок-инвалид».

Как известно, проведение исчерпывающей медицинской помощи зависит от качества структуры (наличие и состояние оборудования, зданий и помещений, квалификация кадров, лекарственного обеспечения, финансирования МО) и качества технологии (алгоритм оказания медицинской помощи). При этом предполагается выполнение оптимального объёма и строгой выдержки последовательности лечебно-диагностических мероприятий, т.е. качество результата - достижение соответствия достигнутых результатов планируемым результатам.

Следует отметить, что данные составляющие взаимосвязаны между собой и оказывают взаимное влияние. При достаточно высоком уровне структуры качества, но при нарушении технологии лечебно-диагностической помощи, невозможно достигнуть высокого уровня результата лечения.

Использование гарантированного объёма медицинской помощи не исключает применение на территориальном уровне усовершенствованных методик, новых медицинских технологий.

Анализ состояния травматолого-ортопедической помощи детям в Курской области показал, что его нельзя признать удовлетворительным.

Данные проблемы характерны не только для перенесших скелетную травму, но и для термических поражений**,** а также для детей, получивших черепно-мозговую травму.

Неудовлетворительное состояние травматолого-ортопедической помощи детям связано, прежде всего, с организационными проблемами этой службы. В частности, в Курской области отсутствуют специализированные ортопедотравматологические стационары, а, значит, отсутствует и

современная специализированная медицинская помощь детям с травмами, не говоря уже о высокотехнологичной медицинской помощи.

Анализ медицинских факторов и основных причин их возникновения свидетельствует о наличии значительных резервов в профилактике и снижении первичной детской инвалидности с последствиями травм.

Полученные в ходе исследования результаты послужили основой при определении основных направлений совершенствования организации медицинской помощи, оказываемой детям при травмах, приводящих к инвалидности. В частности, ими явились следующие: совершенствование организации лечебно-диагностического процесса, в том числе реабилитации, стандартизация специализированной ортопедотравматологической помощи, совершенствование профессиональной подготовки врачебного персонала и др.

Оценка качества медицинской помощи детям при травмах, приводящих к инвалидности, позволила определить первостепенные мероприятия по совершенствованию организации и оказания ортопедотравматологической помощи в регионе (табл. 5.1-5.3).

Таблица 5.1

Мероприятия по совершенствованию качества оказываемой медицинской помощи детям с травмами костно-мышечной системы

Мероприятия оказания медицинской помощи	Выполнение мероприятий (уровень качества медицинской помощи)	Предложения по совершенствованию
Диагностика	Выполнены диагностические мероприятия в неполном объёме (К=0,5), что повлияло на лечебный процесс	Оснащение современным диагностическим оборудованием (КТ, МРТ, УЗИ с доплером, артроскопическая стойка, ЭОП)

Организация и объём оператив-ного лечения	Традиционные мероприятия (выполнение репозиций, скелетного вытяжения, внеочагового и накостного остеосинтеза,остеотомии с коэффициентом выполнения 0,56)	Внедрение современных методов оказания специализированной помощи, освоение высокотехнологичных операций
Организация и объём выполнения реабилита-ционных мероприятий	Отсутствие реабилитационного отделения, центра (проведены реабилитационные мероприятия в минимальном объёме или отсутствие выполнения, коэффициент выполнения 0 - 0,25)	Раннее начало реабилитационных мероприятий, последовательность и преемственность данных мероприятий, участие семьи в реабилитационном процессе
Ведение учетной докумен-тации	Ведение учетной документации на бумажном носителе, составление годовых отчетов, что в современных условиях недостаточно	Формирование единого регистра детей с травмами, ведение электронного учета профильных больных, составление отчетов за любой период
Кадровое обеспечение	Отсутствие специализированного детского отделения и высококвалифицированных специалистов	Подготовка врачей в клинической ординатуре, интернатуре по травматологии, последипломная подготовка

Таблица 5.2

Мероприятия по совершенствованию качества оказываемой медицинской помощи детям при термических поражениях

Мероприятия оказания медицинской помощи	Выполнение мероприятий (уровень качества медицинской помощи)	Предложения по совершенствованию
Диагностика	Выполнены диагностические мероприятия в полном объёме или с незначительными упущениями, что не повлияло на лечебный процесс (коэффициент выполнения 0,75-1,0)	
Организация и объём оперативного лечения	Традиционные методы лечения, в 16,7% случаев длительное консервативное лечение, хирургическое восстановление в поздние сроки (через 1-1,5 мес.)	Применение комплексного лечения с использованием ультразвукового скальпеля, гидроножа, светолечения
Организация и объём выполнения реабилитационных мероприятий	Отсутствие реабилитационного отделения, центра (проведены реабилитационные мероприятия в минимальном объёме или отсутствие выполнения, коэф. выполнения 0 - 0,25)	Раннее начало реабилитационных мероприятий, последовательность и преемственность данных мероприятий, участие семьи в реабилитационном процессе
Ведение учетной документации	Ведение учетной документации на бумажном носителе, составление годовых отчетов, что в современных условиях недостаточно.	Формирование единого регистра детей с травмами, ведение электронного учета профильных больных, составление отчетов за любой период
Кадровое обеспечение	Отсутствие специализированного детского отделения и высококвалифицированных специалистов.	Подготовка врачей в клинической ординатуре, интернатуре по травматологии, последипломная подготовка

Таблица 5.3

Мероприятия по совершенствованию качества оказываемой медицинской помощи детям при черепно-мозговых травмах

Мероприятия оказания медицинской помощи	Выполнение мероприятий (уровень качества медицинской помощи)	Предложения по совершенствованию
Диагностика	Выполнены диагностические мероприятия в полном объёме или с незначительными упущениями, что не повлияло на лечебный процесс (коэф. выполнения 0,7 - 0,85)	Оснащение современным диагностическим оборудованием (КТ, МРТ, СКТ)
Организация и объём оперативного лечения	В 17,7% случаев были допущены технические и тактические ошибки из-за недооценки объективных признаков ЧМТ, осложнений легкой ЧМТ	Повышение квалификации врачебных кадров.
Организация и объём выполнения реабилитационных мероприятий	Отсутствие реабилитационного отделения, центра (проведены реабилитационные мероприятия в минимальном объёме или отсутствие выполнения, коэф. выполнения 0,25)	Раннее начало нейрореабилитационных мероприятий (с реанимационного отделения), последовательность и преемственность данных мероприятий, участие семьи в реабилитационном процессе
Ведение учетной документации	Ведение учетной документации на бумажном носителе, составление годовых отчетов, что в современных условиях недостаточно.	Формирование единого регистра детей с травмами, ведение электронного учета профильных больных, составление отчетов за любой период
Кадровое обеспечение	Отсутствие специализированного детского отделения и высококвалифицирован-ных специалистов.	Подготовка врачей в клинической ординатуре, интернатуре по травматологии, последипломная подготовка

Следует отметить, что при всех рассматриваемых нами видов травм выявлены ключевые этапы, требующие совершенствования: диагностические мероприятия и недостаточный объём оказания специализированной медицинской помощи, отсутствие или минимальное проведение реабилитационных мероприятий на всех этапах реабилитации, неполное кадровое обеспечение квалифицированными специалистами. Имеющийся дефицит врачей травматологов-ортопедов по отношению к их нормативному числу необходимо учитывать при подготовке врачебных кадров.

При определении в потребности специализированной травматологической помощи в регионе мы использовали известные способы для расчёта: по штатным нормативам и по объему работы и нормативным затратам на единицу работы. Штатные нормативы устанавливаются в последние годы приказами о порядках по тому или иному виду помощи. В настоящее время по травматологии-ортопедии действуют следующие приказы Минздрава России: №901н от 12.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «травматология и ортопедия» (приложения 2,5,8,12,15)» ; Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям (от 07.03.2018 №92н). В этих документах также приводятся нормы труда для врача травматолога-ортопеда. Эти документы составлены по образу всех других приказов о порядках и содержат, к сожалению, все их системные недостатки и ошибочные положения, которые сводятся к следующему: игнорирование расчетного способа формирования и применения норм труда, нарушения номенклатур медицинских организаций, специальностей, должностей, коечного фонда (табл. 5.4).

Должность врача-травматолога-ортопеда по приказу № 901н рекомендуется устанавливать на 12,5 тыс. детского населения, что соответствует 0,8 должности на 10,0 тыс. детей, а по приказу № 92н - 1,5 должности на 10,0 тыс. детей. Нормативное число должностей санитаров в приказе № 92н отсутствует для всех врачей амбулаторного приема, в том

числе и для врача-травматолога-ортопеда. Нормативы должности заведующих отделением и медицинской сестры одинаковы в приведенных в таблице 2 приказах.

Таблица 5.4

Нормативная численность врачей-травматологов-ортопедов для оказания амбулаторно-поликлинической помощи детям

Наименование должности	Действующий нормативный документ	
	Приказ № 901н	Приказ № 92н
Заведующий отделением	1 на 8 и более врачей-травматологов-ортопедов	1 должность на 8 и более врачебных должностей
Врач-травматолог-ортопед	1 на 12,5 тыс. детского населения	1,5 должности на 10,0 тыс. детей
Медицинская сестра	1 на 1врача-травматолога-ортопеда	1,5 должности - для обеспечения работы врача-травматолога-ортопеда
Санитар	1 на 3 кабинета	Норматив отсутствует

Нами выявлено несовпадение в величине норм труда врача травматолога-ортопеда по разным, одновременно действующим документам, т.е. по порядку и по положению об организации первичной медико-санитарной помощи.

Штатные нормативы являются не только основой для составления штатного расписания медицинской организации, но и исходной информацией для подготовки кадров. Расчеты по штатным нормативам показывают, что нормативная численность врачей-травматологов-ортопедов

при оказании амбулаторно-поликлинической помощи населению страны при использовании приказа № 901н составляет 2,3 тыс.должностей при оказании медицинской помощи детям (28358:12,5). Если использовать приказ по Положению об организации первичной медико-санитарной помощи, т. е. приказ № 92н, то число должностей врачей-травматологов-ортопедов составит 4,3 тыс. должностей при оказании медицинской помощи детям (2835,8х1,5). К этому числу должностей следует добавить нормативную численность врачей травматологов-ортопедов для оказания круглосуточной амбулаторной травматологической помощи.

Для определения потребности в специализированной травматологической помощи в Курской области нами был проведен расчет. Нормативная численность врачей травматологов-ортопедов для амбулаторно-поликлинической помощи: 18 057 должностей (216 864 : 12000) по приказу №901н; 32,503 должности (216684х1,5:10000) по приказу №92н. Нормативная численность для оказания экстренной помощи (в травмпунктах): 10,834 - должности (216684:100000х5,0).

Для расчета численности должностей врачей травматологов-ортопедов на планируемое число коек необходимо перевести плановое число койко-дней, указываемое в территориальных программах, в число коек. Основным планово-нормативным и финансовым показателем до 1999 г. было число коек, что приводило с целью увеличения финансирования к наращиванию коечного фонда, независимо от его использования. «…Переход на новый в тот период плановый показатель: число койко-дней, - позволил исключить финансирование нефункционирующих коек. С 2014 г. введен новый планово-нормативный показатель: случай госпитализации (законченный случай лечения). При этом были сохранены и другие планово-нормативные показатели деятельности больничных организаций: средняя длительность пребывания больного в стационаре, плановое число койко-дней. Такая позиция авторов Программы представляется вполне обоснованной, так как

случай госпитализации – лишь одно звено в общей цепи планирования больничной помощи...» (Шипова В.М. с соавт., 2019).

Расчёт нуждаемости в обеспечении койками травматологического профиля детского населения в Курской области проводился в два этапа. На первом этапе расчета определялся плановый оборот койки в году (F) по формуле:

$$F = \frac{365 - t_1}{T + t_o}, \qquad (1),$$

где: t_1 - среднее время простоя койки на ремонт (10-15 дней);

t_o - простой койки в связи с оборотом, т.е. время, необходимое для санации койки после выписки больного и приема больного и время ожидания госпитализации (1,0 для всех профилей, кроме: фтизиатрических - 3; акушерских - 2,5-3; инфекционных - 3; коек для абортов - 0,5 и т.п.);

Т - средняя длительность пребывания больного на койке.

Расчеты планового оборота койки по профилю травматология и ортопедия на 2018г., проведенный по формуле 1, показывает, что эта величина составляет 29,1{(365-12,5) : (11,1+1,0)}. При расчетах принято среднее время простоя койки из-за ремонта, равное 12,5 дня, как среднее из величин, рекомендуемых в территориальных программах (10-15 дней).

Планово-нормативное число коек (К) для оказания стационарной медицинской помощи детскому населению рассчитывалось по формуле:

$$K = (N\ к/д \times H) : (1000 \times D) \qquad (2)$$

где: N к/д –число коек на 1000 жителей (утвержденный норматив по территориальной программе государственных гарантий);

Н - численность детского населения;

D - среднегодовая занятость койки (D = 365 дней в году –

$t_1 - (t_o \times F)$

t_1 – время среднего простоя койки на ремонт; t_o - простой койки в связи с оборотом (1,0 для все профилей кроме: фтизиатрических - 3; акушерских - 2,5-3; инфекционных - 3; коек для абортов - 0,5 и т.п.)

F – плановый оборот койки в году.

По нашим расчетам необходимо 5,6 койки (8,3 х 216684):{1000 х (365-12,5-1 х 29,1)} на 1000 детского населения.

Планово-нормативный показатель числа койко-дней, устанавливаемый в территориальных программах, рассчитан на 1000 населения, а число коек в статистических сборниках и в практике здравоохранения определяется на 10,0 тыс. населения. В связи с этим расчеты показывают, что число планируемых коек по травматологии и ортопедии равняется 56 коек на 10 000 населения.

Второй вариант расчета планово-нормативного числа коек (К) на 10,0 тыс. населения определяется по формуле:

$$K= (A \times 10):(365-12,5-t \times F),$$

где: А - число койко-дней на 1000 населения;

t - время простоя койки в связи с ее оборотом;

F - оборот койки в году.

(8,3х10) : (365-12,5-1х29,1)}=0,26, что составляет в целом для Курской области 56,3 койки (0,26 х216684).

Согласно нашим расчетам в Курской области должно быть открыто отделение для оказания специализированной травматолого-ортопедической помощи не менее, чем на 56 коек.

Расчёт нуждаемости в обеспечении медицинскими психологами согласно действующему Приказу М**З** РФ от 07.03.2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-

санитарной помощи детям», поскольку в данном документе в рекомендуемых штатных нормативах обозначены должности специалистов врачебного и сестринского персонала из расчета на 10 тыс. детского населения, отчего-то остались «забытыми» именно три специалиста, составляющие основу отделений медико-социальной помощи – юрисконсульта, медицинского психолога, социального работника. В колонке «количество должностей» обозначено малосодержательное для руководства учреждения и ни к чему не обязывающее «по требованию», в отличии от ранее действующих Приказа МЗ РФ от 16.09.2003 г. № 438 «… должности врачей-психотерапевтов для работы с детьми устанавливались из расчета одна должность на 12 тыс. детского населения, а при этом должности медицинских психологов - соответственно должностям врачей-психотерапевтов»; Приказа Минздрава РФ от 26.02.2015 г. № 77н, должности психолога стала соответствовать таковая врача-психотерапевта.

Высокий уровень первичной детской инвалидности вследствие травм в регионе, также связан и с отсутствием реабилитационных отделений, реабилитационного центра для детей, что нарушает основные принципы реабилитации:

- раннее начало, позволяющее предотвратить осложнения;

- последовательность проведения с использованием контроля нагрузок;

- преемственность и непрерывность проведения мероприятий в ЛПУ различного уровня;

- долгосрочность проведения реабилитационных мероприятий с контролем эффективности реабилитации.

Для планирования мероприятий по проведению медицинской реабилитации, психолого-педагогической и социальной адаптации детей-инвалидов внедрено в регионе электронное межведомственное взаимодействие. После установления категории ребенок –инвалид разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, содержащая

рекомендуемые специалистами мероприятия по соответствующим разделам реабилитации.

После ее формирования, выписка из программы реабилитации, в которой отражены мероприятия и сроки выполнения, в электронном виде доступна соответствующему исполнителю с обратной связью с бюро медико-социальной экспертизы. Лечебное учреждение или Комитет социального обеспечения, Комитет образования, видя поставленные перед ними задачи, в течение года должны провести данные мероприятия и сделать отметки о выполнении. К сожалению, не все привлекаемые к межведомственному взаимодействию структуры подключились. Поэтому законный представитель ребенка-инвалида вынужден с бумажным носителем ИПР обращаться в многофункциональный центр.

При изучении процесса реабилитации детей с ограниченными возможностями, мы выявили, что необходим индивидуальный подход с участием семьи в реабилитационном процессе, который должен осуществляться, прежде всего, через волевой потенциал родителей, поскольку личность самого ребенка в возрасте до 12 лет еще не сформировалась.

Возрастные этапы психического развития не тождественны биологическому развитию. «…Детство - период жизни от рождения до отрочества (от рождения до 11-12 лет), в этот период ребенок проходит величайший путь в своем индивидуальном развитии от беспомощного существа, до вполне адаптированной к природе и обществу детской личности, уже способной взять ответственность за себя, своих близких и сверстников…» (В.С. Мухина, 2011). Учитывая данный факт, нами была разработана схема взаимосвязи уровней адаптации и видов реабилитации детей-инвалидов в возрасте до 12 лет (рис. 5.2).

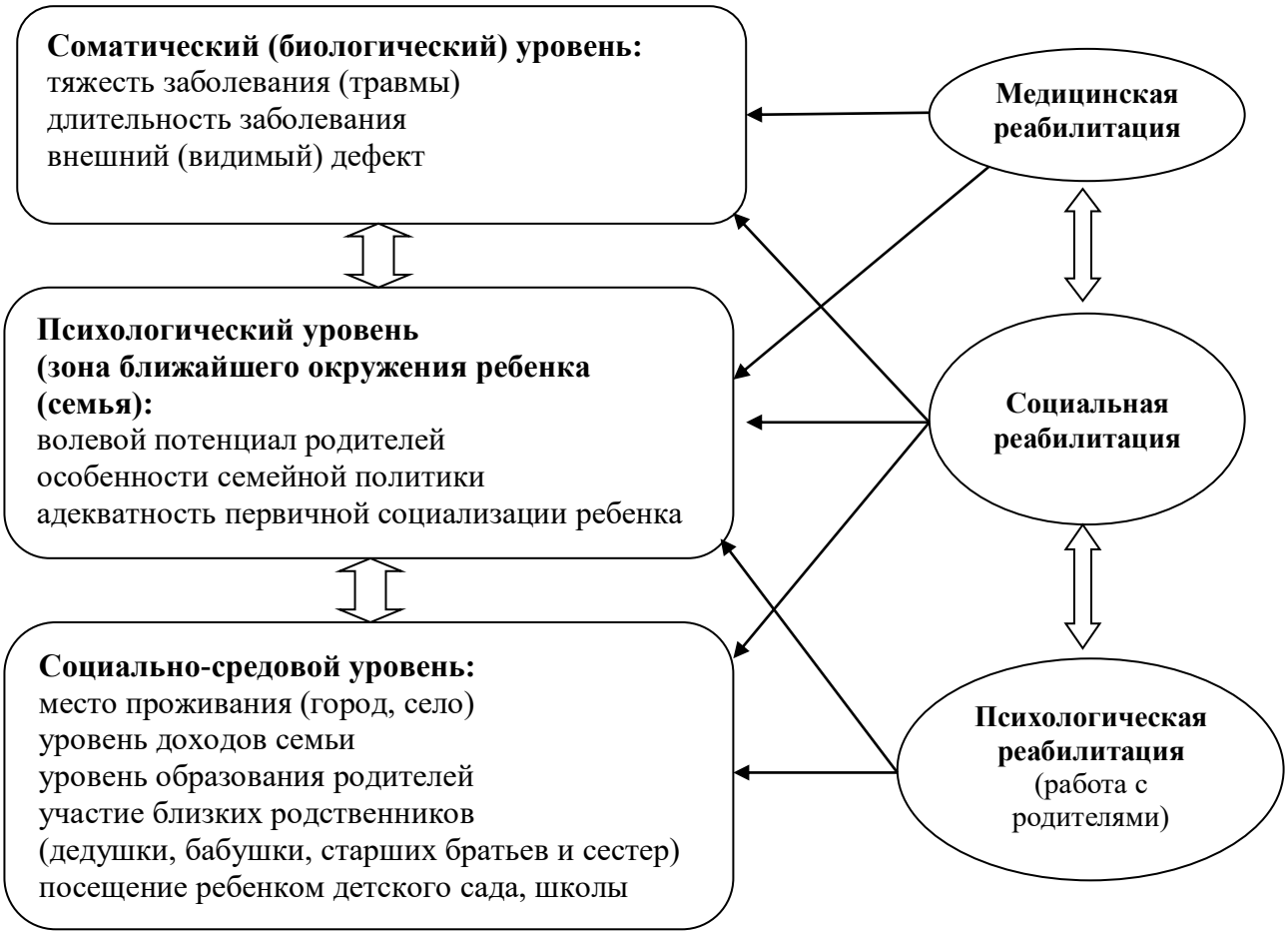


Рис. 5.2. Взаимосвязи видов реабилитации и уровня медико-социально психологической адаптации детей-инвалидов в возрасте до 12 лет

Разработанная схема представляет единое реабилитационное пространство, состоящее из комплекса медицинских, социальных и психологических мероприятий соответствующего вида реабилитации, взаимосвязанных между собой и оказывающих взаимное влияние на каждый уровень адаптации. Каждый вид реабилитации взаимосвязан между собой и направлен на все адаптационные уровни (соматический, психологический, социально-средовой), оказывая при этом взаимное влияние и обуславливая изменения всей схемы взаимодействия.

Под адаптацией подразумевается процесс взаимодействия ребенка-инвалида, семьи ребенка-инвалида со средой. Адаптация происходит на трех уровня: **физиологическом** – в нашей модели это соматический уровень, отражающий тяжесть травмы и ее последствий, длительность, видимый

дефект; **психологическом –** в нашей модели это через волевой потенциал родителей, особенности семейной политики; **социальном** – в нашей модели это уровень доходов, образования в семье, место проживания, участие близких.

Мероприятия по медицинской реабилитации включали амбулаторное, стационарное лечение, восстановительное лечение, санаторно-курортное лечение.

Социальная реабилитация включала в себя мероприятия по:

- ***социально-средовой реабилитации*** – возможность участия ребенка-инвалида в обычных общественных взаимоотношениях (встречи и общение с друзьями), реализации ролевого положения в семье (сын, дочь, родитель), умением пользоваться общественным транспортом, преодолевать препятствия (лестницы, бордюры), делать покупки и иные расчеты, пользоваться средствами связи, информацией, заниматься физической культурой, участвовать в политической жизни общества, посещать учреждения культуры;

- *социально-бытовой реабилитации* – восстановление утраченных или приобретение новых навыков самообслуживания и деятельности в быту, обучение ребенка-инвалида и членов его семьи навыкам личной гигиены, самообслуживания, общения, передвижения, в том числе с помощью технических средств реабилитации;

- *социокультурной реабилитации* - реализация культурных потребностей и интересов ребенка-инвалида, комплекс услуг, направленных на расширение культурной компетенции.

Психологическая реабилитация состояла из комплекса психологических мероприятий: психологическая диагностика, психологическое консультирование, разработка рекомендаций по психологической коррекции, психологическая коррекция.

Представленный рисунок комплексной реабилитации детей-инвалидов до 12 лет несколько отличается от реабилитационной модели взрослых,

предлагаемой в научных разработках Е.В.Морозовой (рис.5.3) (Морозова Е.В., Столярова Е.В., 2010).

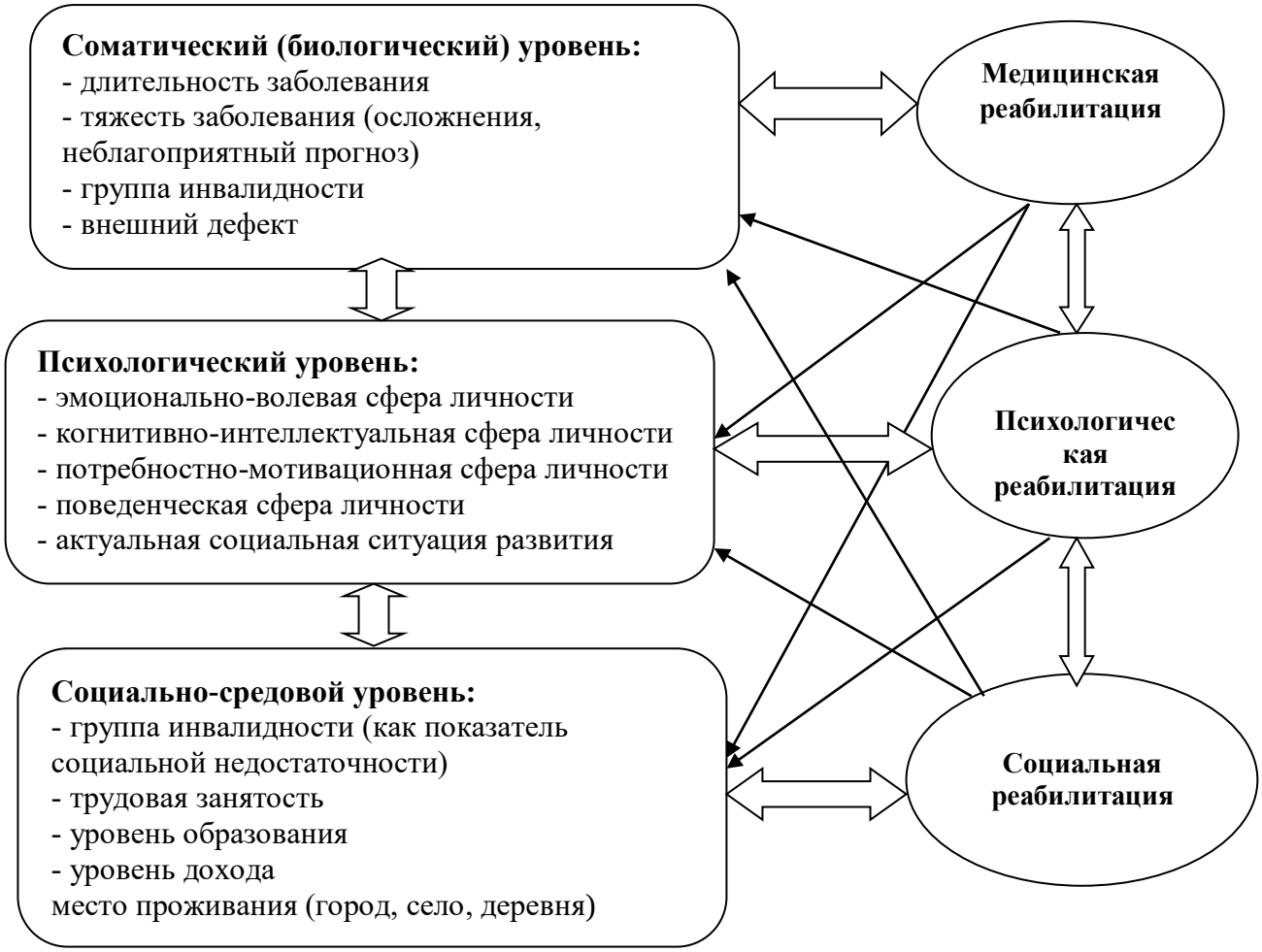


Рис. 5.3. Схема социально-психологической адаптации детей-инвалидов старше 12 лет

У детей-инвалидов до 12 лет так же, как и у взрослых на первом уровне остаётся главной медицинская реабилитация; на втором уровне у детей-инвалидов, в отличие от взрослых инвалидов, стоит социальная реабилитация. Психологическая реабилитация переместилась на третий уровень в виду того, что личность самого реабилитируемого ребенка в этом возрасте еще не сформирована. Поэтому волевой потенциал родителей является тем самым основным фактором, который направляет реабилитационный потенциал ребенка.

В тоже время, по нашим наблюдениям, родители зачастую в присутствии ребенка допускают высказывания по поводу полной инвалидизации и неспособности детей к адекватному обучению, социальным контактам, усиливая тем самым тяжесть имеющегося состояния ребенка. Именно поэтому большинство семей (66,7%), воспитывающих детей-инвалидов, требуют в различной степени психологической коррекции, что во многом определяет отношение родителей к рекомендациям врачей, а, следовательно, и к скорейшей полной реабилитации ребенка, расширения его социального пространства.

Реабилитация детей-инвалидов старше 12 лет требует несколько иного подхода. Это обусловлено тем, что к этому возрасту у ребенка уже в достаточной мере сформировано личностное восприятие окружающего мира, собственного «Я». Поэтому при работе с ним следует учитывать и нивелировать его чувство неполноценности, которое приводит к искажению самооценки. Однако зона ближайшего окружения по-прежнему присутствует в реализации реабилитационных мероприятий, но её роль снижается и уступает аутопсихологической составляющей. В этом возрасте можно аппелировать к личности ребенка и оценивать реабилитационный потенциал личности с тремя составляющими: эмоционально-волевой, интеллектуальной и мотивационной.

В целях совершенствования организации и оказания специализированной медицинской помощи в регионе при различных видах травм у детей, приводящих к инвалидности, были реализованы следующие мероприятия:

- поэтапно внедряются в практику формы межведомственного сотрудничества, межведомственной координации в проведение реабилитационных мероприятий;

- ведется работа по созданию единого информационного поля о мерах профилактики детского травматизма, видах реабилитации;

- открыт реабилитационный центр для детей, перенесших различные виды травм;

- организовано диспансерное наблюдение ортопедов-травматологов в поликлиниках детей с последствиями травм. При этом особое внимание обращается на контроль выполнения семьей назначенных лечебно-восстановительных мероприятий, получение и использование технических средств реабилитации;

- медицинскими психологами лечебно-профилактических учреждений и психологами-педагогами консультаций стала проводиться психологическая коррекция не только ребенка с ограниченными возможностями, но и его родителей;

- сформирован единый регистр больных детей с различными видами травм, организовано ведение электронного учета всех профильных больных, что обеспечивает контроль индивидуальных программ реабилитации;

- открыто Областное бюджетное общеобразовательное учреждение «Школа-интернат № 2» г. Курска (Распоряжение администрации Курской области от 25 августа 2014 года № 645-ра) . В соответствии с лицензией школа-интернат имеет право осуществлять образовательную деятельность по следующим видам: дошкольное образование, начальное общее образование, основное общее образование, среднее общее образование, дополнительное образование. В школе-интернате организованы и функционируют два различных типа классов: инклюзивные общеобразовательные классы; классы для детей с ОВЗ. В учебном заведении предусматривает возможность организации инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья, с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА). Данное учреждение располагает лечебным, учебным, спальным корпусами и рассчитано на 4 режима (дневное, недельное, стационарное, санаторно-курортное) пребывания 100-110 детей в год в возрасте от 3 до 17 лет включительно. Обучение детей с НОДА осуществляется на основании заключения ПМПК Курской области и в соответствии с индивидуальной

программой реабилитации инвалида. С 3 ноября 2015 года в школе открыт трехэтажный медицинский корпус. На первом этаже корпуса находится водолечебница и изолятор для соматических и инфекционных больных, на втором этаже расположено отделение физиотерапевтического лечения, на третьем этаже медицинского корпуса функционирует отделение восстановительного лечения. Медицинский корпус предназначен для реабилитации и профилактики нарушений опорно-двигательного аппарата обучающихся. Здесь дети могут получить не только индивидуальную программу восстановительного лечения, но и продолжить обучение. В данном центре дети получают квалифицированную помощь врачей, логопеда, педагога-психолога. В период с 2014 г. по 2017 г. в данном центре получали комплексную реабилитацию 130 детей в год, из них 17 – 27 – 32 – 67 (соответственно) детей-инвалидов с патологией опорно-двигательной системы; организация предоставляет услугу подвоза / развоза на специализированном школьном автобусе детям с НОДА, испытывающим трудности в передвижении;

- увеличено количество травматологических коек с 10 до 20, введена ставка врача детского травматолога; проведено переоснащение детского хирургического отделения, что, в частности, способствовало внедрению современных медицинских технологий (современные металлоконструкции при переломах длинных трубчатых костей; современные композитные синтетические материалы для замещения костных дефектов и др.);

- в целях обеспечения квалифицированными кадрами осуществляется подготовка интернов, клинических ординаторов травматологических отделений по специальности «Детская травматология и ортопедия» в клинической ординатуре при Курском государственном медицинском университете, ведется повышение квалификации специалистов по программе факультета последипломного образования;

- с 2016 г. уменьшилось количество детей, направляемых в Федеральные центры гг. Москвы и Санкт-Петербурга (2015 г. - 120 чел.; 2016

г. – 87 чел; 2017 г. – 75 чел.; 2018 г. – 69 чел.). В основном это были дети с патологией стопы, кисти, требующие микрохирургического вмешательства.

В целом, увеличение количества детских травматологических коек, улучшение технического оснащения отделения детской больницы, а также открытие реабилитационного центра оказало положительное влияние на уровень первичной детской инвалидности (рис.5.4.).

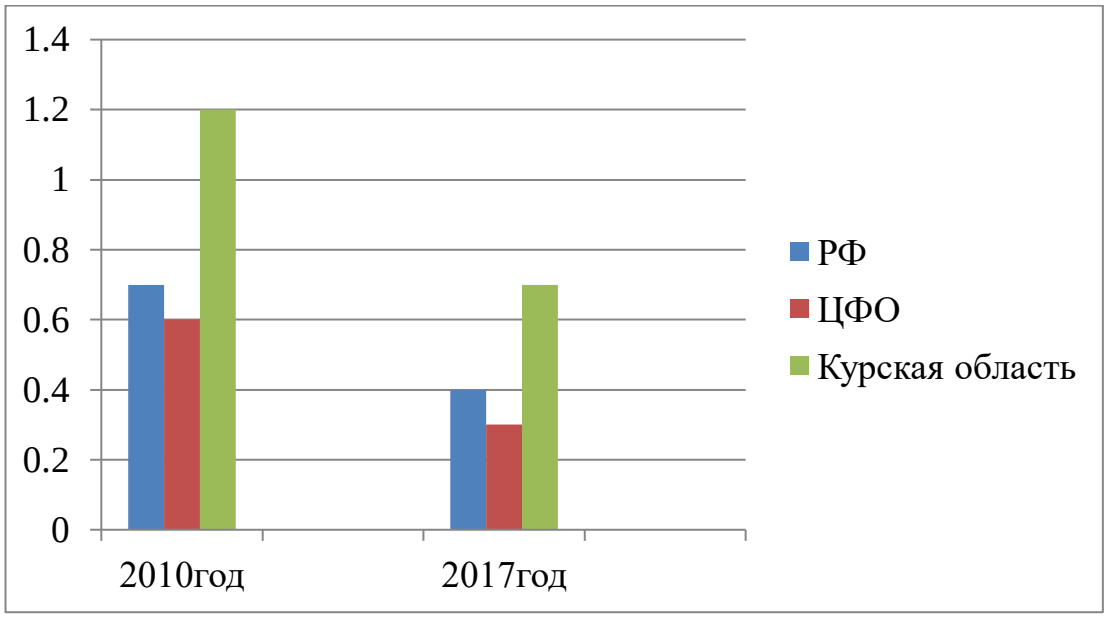


Рис.5.4. Интенсивный показатель первичной детской инвалидности вследствие травм на 10 тыс.нас. в возрасте до 17 лет включительно по Курской области в сравнении с РФ и ЦФО

С 2014 года наметилась тенденция к снижению интенсивного показателя первичной детской инвалидности в регионе, он уменьшился в 2017 г. в 1,7 раза по сравнению с 2010 г. и почти приблизился к среднероссийскому показателю (2017 г. Курская обл. – 0,7 на 10 тыс.нас.; РФ – 0,4).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокий уровень детского травматизма, увеличивающаяся тяжесть травматических повреждений, несмотря на имеющиеся современные высокотехнологичные методы лечения, во всем мире с каждым годом приобретают все большее медицинское, социально-экономическое, нравственное значение и являются актуальной проблемой . Более 13 млн. детей РФ ежегодно получают травмы, показатель детского травматизма колеблется от 75‰ до 133‰.

Несмотря на расширение медицинских знаний, улучшение медицинских технологий, в структуре заболеваемости травматизм занимает в разные годы 4-6 ранговое место. В современных условиях большинство детей выживают после тяжелых травм. Но, к сожалению, это не освобождает детей от инвалидности, физических или психических дефектов. Детская инвалидность является актуальной медико-социальной проблемой современного общества, одной из главных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны. Так, число детей впервые признанных инвалидами (ВПИ) увеличилось с 67 тыс. человек в 2008 году до 86 тыс. человек в 2016 году (или на 22 %).

В этой связи остается высокой потребность в травматолого-ортопедической помощи детям. Анализ опыта организации медицинской помощи детям с травмами в России и зарубежных странах свидетельствует, что до конца не удается найти оптимальную организационную структуру оказания травматолого-ортопедической помощи данному контингенту лиц, что приводит к достаточно высоким показателям смертности и инвалидизации детского населении в связи с несчастными случаями. Также выявлено, что в организации этого вида медицинской помощи имеют место определенные проблемы. В их числе: неравномерное распределения кадров и материально-технических ресурсов, несоответствие структуры коечного фонда рекомендуемым нормативам, низкий уровень реабилитации и другие.

Особого внимания требуют вопросы профилактики детского травматизма, совершенствования качества организации и оказания медицинской помощи детям, получившим травму, с целью предотвращения формирования у них инвалидности. В этой связи нами проводилось специальное исследование, целью которого явилось научное обоснование и разработка комплекса мероприятий, направленных на снижение инвалидизации у детей, получивших травму.

Исследование выполнялось на базе Курской области, являющейся одним из пяти регионов РФ, не имеющих специализированного детского травматолого-ортопедического отделения.

На данной территории функционирует единственный травматологический пункт, где круглосуточно оказывается амбулаторная травматолого-ортопедическая помощь детям.

Плановая и экстренная травматологическая помощь детям города Курска и Курской области оказывается в Детской областной больнице на базе хирургического отделения, где в структуре общего числа коек выделены травматологические.

Выявлено, что за период 2008-2016 гг. уровень детского травматизма по всем Федеральным округам (кроме Приволжского ФО) и по России в целом имел тенденцию к росту. Показатели детского травматизма на 1000 детского населения (от 0 до 17 лет включительно) в Курской области в 2008-2016 гг. не превышали аналогичные по ЦФО и в 2016 г. были в 1,3 раза ниже, чем в РФ.

Уровень первичной детской инвалидности вследствие травм в Курской области в 2008-2016 гг. был выше в 1,9 раза, чем в ЦФО и в 1,4 раза выше, чем в Российской Федерации, что свидетельствует о необходимости разработки и реализации мер по снижению инвалидизации вследствие данной патологии в регионе.

Лидирующее место в Курской области занимают черепно-мозговые травмы; на втором месте - травмы вследствие термических поражений; на

третьем месте - травмы опорно-двигательной системы; на четвертом - последствия других и неуточненных воздействий внешних причин.

У детей, проживающих в городской местности, травмы встречались чаще, чем у детей, проживающих в сельской местности. Ежегодно с тяжелыми травмами около 1500 детей госпитализировались в нейрохирургическое, ожоговое и хирургическое отделения, среди них более 70,0% - по экстренным показаниям. В среднем за период 2008-2016 гг. 60,5% пациентам было произведено хирургическое вмешательство, среди которых первое место занимали операции на костях и суставах (в 2016 г. – 36,5% от всех оперативных вмешательств); на втором месте – операции на органах брюшной полости (31,1%).

Нами выявлено, что чаще всего инвалидность у детей в возрасте 8-14 лет наступала от травм опорно-двигательной системы (в 2016 г. 36,1% у мальчиков и 18,2% у девочек). В возрастной группе 0-3 года наиболее высокие показатели инвалидности были связаны с ожогами различных локализации (31,5% у мальчиков и 14,2% у девочек).

Чаще всего инвалидность у детей наступала от последствий черепно-мозговых травм; на втором месте - вследствие термических поражений; на третьем – от последствий травм опорно-двигательной системы, на четвертом – от последствий других и неуточненных воздействий внешних причин. В структуре детской инвалидности по виду травматизма лидирует уличный травматизм при ЧМТ и травмах опорно-двигательной системы, который составил 54,8% и 57,6% соответственно от общего числа травм. На втором месте - инвалидность от травм, полученных в быту, наибольший удельный вес среди которых занимают термические поражения (62,9%). Инвалидность от травм, полученных в стенах школы и во время занятий спортом наблюдалась в 10,2% случаев.

Согласно прогнозу первичная инвалидность вследствие травм у детей в Курской области, без проведения соответствующих организационных мероприятий, продолжит повышаться вплоть до 2025 года.

Среди выявленных на различных этапах оказания медицинской помощи дефектов основными являлись:

- на амбулаторном этапе: при направлении (без обследования, не по показаниям, поздний диагноз, ошибочный диагноз); оказание в неполном объеме медицинской помощи и первичной медико-санитарной помощи во время транспортировки;
- на этапе стационарного лечения: не используются современные медицинские технологии, в частности, из-за отсутствия современного оборудования; отсутствие стандартов оказания медицинской помощи для всех видов травм; отсутствие стандартов операционных процедур при оказании медицинской помощи детям с острой нейрохирургической патологией;
- на этапе восстановительного лечения: на госпитальном этапе при травмах ОДС и ЧМТ минимальное проведение или непроведение реабилитационных мероприятий, касающихся аппаратной физиотерапии, кинезотерапии (лечебная физкультура, лечебная гимнастика, механотерапия), комплементарной терапии (рефлескотерапия, фитотерапия, мануальная терапия, гомеопатия); на амбулаторно-поликлиническом этапе: несвоевременное начало, отсутствие преемственности, перманентности ранее начатых восстановительных мероприятий; отсутствие санаторно-курортного этапа и лечения в реабилитационном центре практически у всех детей с различными видами травм и др.

Проведенное исследование выявило влияние типа реагирования семьи на реабилитацию детей при травмах, приведших к инвалидности. Определение типа реагирования семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями, включает в себя такие характеристики как психологический климат в семье, родительский стиль взаимодействия с ребенком, тип семейного воспитания, реабилитационную компетентность семьи и др.

В ходе проведенного анализа определены следующие закономерности в зависимости от типа реагирования семьи. При первом типе (просоциально

ориентированном), который характеризуется достаточным волевым потенциалом, огромным стремлением к излечению ребенка, педантичным выполнением рекомендаций врачей, и вторым типе (социально зависимом), характеризующегося проявлением эмоций во всех сферах жизнедеятельности, некоторой тревогой, родители адекватно реагируют на состояние ребенка, отмечается стремление к излечению в различной степени, повышенная эмоциональность не препятствует выполнению рекомендуемых реабилитационных мероприятий. При третьем типе (асоциально ориентированным), для которого характерно превалирование эмоций над разумом, инертность мышления, склонность к аффектам, отмечается фиксация на состоянии, рентное отношение к болезни.

Так, например, было выявлено, что при первом типе в 81,5% случаев медицинские рекомендации были выполнены в полном объеме, при втором типе - в 64,0% случаев, а при третьем типе - только в 22,2% случаев.

Максимальное достижение результата по медицинской реабилитации у детей с ЧМТ, которое характеризовалось почти полным восстановлением высших психических функций, в ряде случаев возврату к физиологической норме двигательных функций (К=0,75-1,0), было зафиксировано в 81,5% случаев при первом типе , в 60,0% случаев - при втором типе и только в 22,5% случаев при третьем типе.

Так, в результате выполнения социальных мероприятий в 70,4% случаев достигнута способность к обучению в учебном заведении общего типа, либо по специальной программе в заведении общего типа при первом типе. При втором типе такой результат достигнут в 66,0% случаев, а при третьем типе в 44,5% случаев.

В семьях детей с термическими поражениями достигнуты следующие результаты: объём медицинской реабилитации в семьях с первым типом был выполнен в полном или почти в полном объёме (К=0,75-1,0) в 79,3% случаев. В отличие от первого типа, при втором типе объём медицинских мероприятий был выполнен полностью лишь в 52,9% случаев.

С учетом проведенных реабилитационных мероприятий, достигнуты различные результаты по восстановлению утраченных функций, интеграции ребенка в социум. В разделе медицинской реабилитации достигнут возврат к физиологической норме или восстановлены нарушенные функции почти полностью в 75,9% случаев у семей с первым типом и только в 52,9% случаев - у семей со вторым типом реагирования.

Как результат социальной реабилитации достигнута способность к обучению в учебном заведении общего типа в 89,7% случаев у детей с ограниченными возможностями при первом типе, в 52,9% случаев при втором типе реагирования.

При анализе объёма проведенных реабилитационных мероприятий и достигнутых результатов по восстановлению у детей, получивших травму опорно-двигательной системы, выявлены следующие закономерности при различных типах реагирования семьи. Полный объём проведенных мероприятий по медицинской реабилитации (К=0,75-1,0) при первом типе выше - 61,9%, чем при втором - 58,8%. Мероприятия по социальной реабилитации при обоих типах реагирования семьи выполнялись в полном объёме у большей части детей: 71,4% и 76,5% случаев.

По результатам тестирования установлено, что в психологической помощи нуждаются все семьи детей, получивших различные виды травм. При этом выявлено, что мероприятия по психологической реабилитации является слабым звеном при всех видах травматических повреждений. Психологическая помощь не была оказана или оказана минимально почти у 90,0% семей обоих типов реагирования: в 89,7% случаев при первом типе, 88,2% случаев при втором типе. Только у десятой части освидетельствованных детей мероприятия по психологической помощи ограничились однократным консультированием - в 10,3% случаев при первом типе, и в 11,8% при втором типе.

В этой связи для оказания на должном уровне психологической реабилитации необходима и важна помощь психологов-педагогов и

социальных работников.

Нами представлены предлагаемые приоритетные мероприятия, направленные на снижение инвалидизации у детей, получивших травму.

В целях реализации единого процесса профилактики детского травматизма предложено и поэтапно внедряется в практику схема межведомственного сотрудничества, в соответствии с которой перечисленным организациям и ведомствам необходимо проведение работы по следующим компетентным вопросам.

Так, например, **центр планирования семьи** проводит обучение молодых мам навыкам безопасного ухода за ребенком (купание, пеленание, кормление), предупреждение падения ребенка.

В **клубах молодых семей о**бучают молодых родителей необходимым навыкам по предупреждению дорожного, бытового, уличного травматизма.

Орган опеки и попечительства региона отвечает за патронаж многодетных, приемных семей с целью оценки безопасности домашних условий, обеспечивает консультации по вопросам безопасности жилищных условий с целью профилактики бытового травматизма.

Комиссия по делам несовершеннолетних проводит патронаж неблагополучных семей, беседы по профилактике бытового, уличного травматизма. Следует отметить, что при реализации данного направления необходимо создание единого информационного поля о мерах профилактики детского травматизма, видах реабилитации, инфраструктуре реабилитационного процесса, что позволит скоординировать работу различных ведомств, учреждений, организаций, фондов.

С целью достижения соответствующих результатов по оказанию медицинской помощи на территории Курской области проводится следующая работа:

- с 2016 г. увеличено количество травматологических коек с 10 до 20, введена ставка врача детского травматолога; проведено переоснащение

детского хирургического отделения, что, в частности, способствовало внедрению современных медицинских технологий;

- в целях обеспечения квалифицированными кадрами осуществляется подготовка интернов, клинических ординаторов травматологических отделений по специальности «Детская травматология и ортопедия»;

- сформирован единый регистр больных детей с различными видами травм, организовано ведение электронного учета всех профильных больных, что обеспечивает контроль индивидуальных программ реабилитации.

Учитывая необходимость индивидуального подхода с участием семьи в реабилитационном процессе, который должен осуществляться, прежде всего, через волевой потенциал родителей, поскольку личность самого ребенка в возрасте до 12 лет еще не сформировалась, нами была разработана модель взаимосвязи уровней адаптации и видов реабилитации детей-инвалидов в этом возрасте. При этом под адаптацией подразумевается процесс взаимодействия ребенка-инвалида, семьи ребенка-инвалида со средой. Данная модель представляет единое реабилитационное пространство, состоящее из комплекса медицинских, социальных и психологических мероприятий реабилитации.

Каждый вид реабилитации взаимосвязан между собой и направлен на адаптационные уровни (соматический, психологический, социально-средовой), оказывая при этом взаимное влияние и обуславливая изменения всей системы.

Волевой потенциал родителей является тем самым доминирующим фактором, который направляет реабилитационный потенциал ребенка. Поэтому семьи, воспитывающие детей-инвалидов, требуют в различной степени психологической коррекции, что, во многом, определяет отношение родителей к рекомендациям врачей, а, следовательно, и к скорейшей полной реабилитации ребенка.

В целях обеспечения полноценной реабилитации в Курской области функционирует реабилитационный центр для детей с патологией опорно-

двигательной системы; медицинскими психологами лечебно-профилактических учреждений и психологами-педагогами стала проводиться психологическая коррекция не только ребенка с ограниченными возможностями, но и его родителей; определение типа реагирования семьи способствует более четкому планированию тактики ведения конкретного ребенка, получившего травму, с целью нивелирования имеющихся проблем и достижения максимальных успехов в реабилитационных мероприятиях; открыта школа-интернат для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, где дети получают квалифицированную помощь врачей, логопеда, педагога-психолога;

В результате проведенных организационных мероприятий с 2016 г. уменьшилось количество детей, направляемых в Федеральные центры гг. Москвы и Санкт-Петербурга (2015 г. - 120 чел.; 2016 г. – 87 чел; 2017 г. – 75 чел.; 2018 г. – 69 чел.). В основном это были дети с патологией стопы, кисти, требующие микрохирургического вмешательства.

Разработанный и внедренный комплекс мероприятий, основанный на взаимодействии всех заинтересованных участников организации и оказания медицинской помощи детям, получившим травму, способствовал снижению их инвалидизации. Данный показатель уменьшился в 2017 г. в 1,7 раза по сравнению с 2010 г. и почти приблизился к среднероссийскому показателю (2017 г. Курская обл. – 0,7 на 10 тыс.нас.; РФ – 0,4).

ВЫВОДЫ

1. Анализ опыта организации медицинской помощи детям с травмами в России и зарубежных странах свидетельствует, что до конца не удается найти оптимальную организационную структуру оказания травматолого-ортопедической помощи данному контингенту лиц, что приводит к достаточно высоким показателям смертности и инвалидизации детского населении в связи с несчастными случаями.

2. Показатели детского травматизма в Курской области в 2008-2016 гг. не превышали аналогичные по ЦФО и в 2016 г. были в 1,3 раза ниже, чем в РФ. Уровень первичной детской инвалидности вследствие травм в Курской области в 2008-2016 гг. был выше в 1,9 раза, чем в ЦФО, и в 1,4 раза выше, чем в Российской Федерации, что свидетельствует о необходимости разработки и реализации мер по снижению инвалидизации вследствие данной патологии в регионе.

3. Основное место среди травм, послуживших причиной инвалидизации детей, занимали черепно-мозговые травмы, на втором месте – термические поражения, на третьем – травмы опорно-двигательной системы. В структуре детской инвалидности лидирует уличный (ЧМТ и травмы опорно-двигательной системы - 54,8% и 57,6% соответственно от общего числа травм) и бытовой (термические поражения - 62,9%) травматизм.

4. Ведущими причинами инвалидности у детей при всех рассматриваемых видах травм являются дефекты качества организации и оказания медицинской помощи детям с травмами на всех ее этапах. При этом показано, что при ожоговых травмах, в основном, страдает качество медицинской помощи на этапе амбулаторного лечения, реабилитации. При травмах опорно-двигательной системы на всех этапах лечения: амбулаторном, стационарном, реабилитационном. При черепно-мозговых травмах - на этапе реабилитации.

5. Семейное окружение и участие семьи имеет значение в процессе

лечения и реабилитации, что требует соответствующего обучения и проведения работы, направленной на активацию волевого потенциала семьи, с целью достижения оптимальных результатов лечения у ребенка. Максимальное выполнение рекомендаций и достижение результатов реабилитации было выявлено при I типе реагирования семьи (просоциально ориентированном) в 81,5% случаев. При II типе реагирования (социально зависимом) в 60,0% случаев - и только в 22,5% случаев при III типе (асоциально ориентированном). При этом потенциальным реабилитационным резервом являются семьи с социально зависимым типом реагирования (44,7% семей), т.к. высокий волевой потенциал данного типа способен к адекватным результатам при оказании психологической помощи.

6. Разработанный и внедренный комплекс мероприятий, основанный на взаимодействии всех заинтересованных участников организации и оказания медицинской помощи детям, получившим травму, способствовал снижению их инвалидизации, в частности, выразившейся в снижении первичной детской инвалидности в Курской области в 2017 г. в 1,7 раза по сравнению с 2010 г.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для совершенствования качества организации и оказания медицинской помощи детям с травмами с целью снижения их инвалидизации целесообразна разработка четких клинических рекомендаций и стандартов операционных процедур для различных этапов оказания медицинской помощи при всех видах травм.

2. Целесообразно законодательно закрепить введение в штат медицинских организаций медицинских психологов для проведения работы с семьей пострадавших детей с целью активации ее мотивации, направленной на реабилитацию.

3. Для достижения максимальных успехов в реабилитационных мероприятиях необходимо проведение консультаций медицинскими психологами медицинских организаций всех уровней и психологами-педагогами не только ребенку с ограниченными возможностями, но и его родителям.

4. Опыт, накопленный в Курской области по снижению инвалидизации у детей с различными видами травм, целесообразно использовать в других субъектах РФ.

5. Рекомендуется использовать результаты исследования в учебных программах в системе до- и последипломного медицинского образования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев, А.А. Применение радиохирургического прибора «SURGITRON» в лечении глубоких ожогов III-IY степени / А. А. Алексеев, С. В. Попов // Комбустиология [Электронный ресурс]: науч.-практич. журн. – 2004. – № 20/21. – Режим доступа: http://www.burn.ru/all/number/?id=366.

2. Алисханов, М.А. Комплексное исследование динамики медико-демографических процессов, заболеваемости, инвалидности в Республике Ингушетия и научное обоснование мер по совершенствованию системы реабилитации / М.А. Алисханов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2013. – 44 с.

3. Альбицкий, В.Ю. Предотвратимость потерь здоровья детского населения – эффективная ресурсосберегающая стратегия в здравоохранении / В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, Т.в. Яковлева, Б.Д. Менделевич // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный журнал. – 2010. - № 4 (16). http://vestnik.mednet.ru/content/view/245/30/lang,ru/

4. Аминова, З.М. Опыт организации комплексной реабилитации детей-инвалидов / З. М. Аминова // Рос.педиатр. журн. – 2008. – № 4. – С. 50-53.

5. Андреева, О. В. Контроль качества медицинской помощи – основа защиты прав пациентов / О. В. Андреева, Н. Д. Тэгай // Здравоохранение. – 2003. – № 2. – С. 6-9.

6. Андреева, Т.М. Ортопедическая заболеваемость и организация специализированной помощи при патологии костно-мышечной системы / Т.М. Андреева, В.В. Троценко // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2006. - № 1. – С. 3- 6.

7. Андриянов, В.Л. Организация ортопедической и травматологической помощи детям / В.Л. Андриянов., Н.Г. Веселов, И.И. Мирзоева. - Л.: Медицина, 1988. - 240 с.

8. Аргат, Ю.Н. Медико-социальные аспекты инвалидности у детей с психическими расстройствами и меры по их комплексной реабилитации: Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.02.06 / Ю. Н. Аргат. – Омск, 2014. – 46 с.

9. Артемьева, Г.Б. Анализ качества специализированной медицинской помощи, оказанной больным с черепно-мозговыми травмами в медицинских учреждениях Рязанской области / Г.Б. Артемьева, А.А. Косолапов, И.А. Гехт, Е.В. Манухина // Менеджер здравоохранения. – 2017. - № 3. – С. 7-10.

10. Багненко, С.Ф. Дорожно-транспортный травматизм. Алгоритмы и стандарты оказания скорой медицинской помощи пострадавшим вследствие ДТП (догоспитальный этап) / С.Ф. Багненко. - М., 2006. - 265 с.

11. Багненко, С.Ф. под ред. Анализ зарубежного опыта в решении проблемы дорожно-транспортного травматизма / С.Ф. Багненко, В.В. Стожарова, А.Г. Мирошниченко // Дорожно-транспортный травматизм. Алгоритмы и стандарты оказания скорой медицинской помощи пострадавшим вследствие ДТП (догоспитальный этап). Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. – СПб.: Невский Диалект; БХВ-Петербург. - 2006. - 36 с.

12. Баиндурашвили, А.Г. Травматизм, ортопедическая заболеваемость и специализированная помощь детям в Северо-Западном федеральном округе / А. Г. Баиндурашвили, К.С. Соловьева, К.А. Битюков // Мед. акад. журн. – 2007. – Т. 7, № 2. – С. 3-17.

13. Баиндурашвили А.Г. Травматизм и ортопедическая заболеваемость у детей Российской Федерации. Организация специализированной помощи и перспективы её совершенствования /А.Г. Баиндурашвили, И.А. Норкин, К.С. Соловьева // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2010. – № 4. – С.13–16.

14. Баиндурашвили, А.Г., Детский травматизм и оказание специализированной помощи детям Санкт-Петербурга / А.Г. Баиндурашвили, К.С. Соловьева, А.В. Залетина, Н.В. Долженко, Ю.А. Лапкин // Ортопедия,

травмотология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2013. – Том 1., Вып. 1. – С. 4-9.

15. Баиндурашвили, А.Г, Инвалидность детского населения России вследствие травм и заболеваний костно-мышечной системы / А.Г. Баиндурашвили, К.С. Соловьева, А.В. Залетина // Гений Ортопедии. – 2013. - № 1. – С. 5-8.

16. Балахонова, Т.П. Управление качеством медицинской помощи. Перспективы решения проблем Псковского областного фонда обязательного медицинского страхования / Т. П. Балахонова, А. М. Васильева // ГлавВрач. – 2002. – № 4. – С. 13-16.

17. Балахонова, Т.П. Этапы формирования территориальной системы управления качеством медицинской помощи / Т. П. Балахонова, А.М. Васильев, Н.Т. Гончар // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2002. – № 2. – С. 25-31.

18. Баранов, А.А. Основные задачи по сохранению и укреплению здоровья подростков / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, А. Г. Ильин // Справочник педиатра. – 2010. - № 5. – С. 21-32.

19. Баранов, А. А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации / А. А. Баранов // Педиатрия. – 2012. – Т. 91, № 3. – С. 9-14.

20. Баранов А.А. Смертность детского населения России (тенденции, причины и пути снижения) / А.А.Баранов, В.Ю. Альбицкий // Серия: Социальная педиатрия. Вып. 9. М.: Союз педиатров России; 2009. - 392 с.

21. Баранов, А.А. Методы оценки и концепция сокращения предотвратимых потерь здоровья детского населения / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая, И.В. Винярская // Серия: Социальная педиатрия. Вып. 17. - М.: Союз педиатров России, 2012. - 344 с.

22. Баранов, А.А., Изучение качества жизни в педиатрии / А.А.Баранов, В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская // Серия: Социальная педиатрия. Вып. 10. - М.: Союз педиатров России, 2010. - 272 с.

23. Баранов, А.А. Проблемы детской инвалидности в современной России / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая, Е.В. Антонова Е.В. // Вестник российской академии медицинских наук. – 2017. - № 4(72). – С. 305-312.

24. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей в современной России / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая . - М.: ПедиатрЪ, 2018. – 120 с.

25. Бастрыкина, А.В. Теоретические аспекты социализации детей с ограниченными возможностями на основе концепции «независимого образа жизни» / А. В. Бастрыкина // Вестник всероссийского общества специалистов по медико–социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2009. – № 2. – С. 60-64.

26. Белецкий, А.В. Детский травматизм в Республике Беларусь: стратегия профилактики и пути ее реализации на 2013–2015 годы / А.В. Белецкий, Л.Н. Ломать // Медицинские новости. – 2013. - № 7. – С. 4-12.

27. Борозда, И.В. История становления травматолого-ортопедической службы Амурской области / И.В. Борозда, Н.И. Карнаух // Вестн. Амур. обл. больницы. – 2015. - № 45. – С. 26-29.

28. Буданцева, Л. Б. Организационные аспекты оказания медицинской помощи детям при чрезвычайных ситуациях / Л.Б. Буданцева, Т.Н. Щаренская, Л.Л. Стажадзе // Анестезиология и реаниматология. – 2006. – № 1. - С. 62-65.

29. Бутаев, А.П. Пути совершенствования медицинской помощи больным с патологией опорно-двигательного аппарата в сельском районе А.П. Бутаев: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2007. – 18 с.

30. Бутман, Я.М. Международный опыт в области непрерывного повышения качества медицинской помощи (на примере Нидерландов) / Я. Бутман // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2003. – № 3. – С. 18-23.

31. Бухвалов, С.А. Медико-социальные аспекты распространенности детского травматизма (факторы риска, организация профилактики и лечения) / С.А. Бухвалов: Автореф.дис. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2010. – 24 с.

32. Валиуллина, С.А. Реабилитация детей с черепно-мозговой травмой: состояние, проблемы, перспективы / С.А. Валиуллина, Е.А. Промыслова, Е.А. Фуфаева, Т.А. Кузьминова // Детская и подростковая реабилитация. – 2011. - № 1(16). – С. 13-20.

33. Варакина, Ж.Л. Травматизм и насильственная смертность: системный анализ и программа снижения на Европейском Севере России: 14.02.03 / Ж.Л. Варакина:Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2015 – 48 с.

34. Винярская И.В. Возможности использования показателя качества жизни в педиатрии // Альманах института коррекционной педагогики РАО. – 2017. - № 31. – С. 12-24.

35. ВОЗ выпускает новый стандарт на документальную регистрацию здоровья детей и подростков // Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:http://www/who.int/disabilities/world_report/2011/summary.ru.pdf.

36. Волков, М.В. Дедова В.Д. Детская ортопедия / В.Д. Дедова . – М., Медицина, 1980. - 312 с.

37. Волошина, Л.В. Роль совершенствования организации медицинской помощи на муниципальном уровне в снижении смертности от дорожно-транспортных происшествий / Л.В. Волошина: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2011. – 24 с.

38. Воробьев, П.А. Стандартизация в здравоохранении / П. А. Воробьев // Экономика здравоохранения. – 2007. – № 7. – С. 3-9.

39. Всемирный доклад ВОЗ и ЮНИСЕФ. – М., 2008 // WHO Regional Office for Europe, 2005. – 56 с.

40. Всемирный доклад об инвалидности // ВОЗ, Всемирный банк, 2011. [электронный ресурс]. Режим доступа: URL:http://www/who.int/disabilities/world_report/2011/summary.ru.pdf

41. Всемирный доклад по профилактике детского травматизма. 2008 // Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа:http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report Summary_russian.pdf.

42. Головко, О.В. Актуальные вопросы детского травматизма в г. Оренбурге / О.В. Головко // Современные тенденции развития науки и технологий. Периодический научный сборник. – 2016. - № 1-3. - С. 90-93.

43. Голубева, Т.Ю. Совершенствование инструментария статистического наблюдения за детской инвалидностью в Российской Федерации / Т.Ю. Голубева: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2018. – 25 с.

44. Гончаренко, А. Г. Характеристика семей, имеющих детей–инвалидов, и факторы риска развития инвалидности / А. Г. Гончаренко // Вестн. Всерос. о-ва специалистов по мед.-соц. экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.– 2009. – № 2. – С. 46-48.

45. Горбунов М.В. Медико-социальные аспекты черепно-мозговой травмы у детей (по материалам Ульяновской обрасти)/ М.В. Горбунов: Автореф. дис. … канд. мед. наук. - М., 2006. - 28 с.

46. Горбунова, З.И. Обзор документа. Конференция с международным участием с 21 по 22 сентября 2011 г., г. Екатеринбург «Реабилитация в детской травматологии и ортопедии». – Екатеринбург, 2011. – 125 с.

47. Горенков, Р.В. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий для инвалидов в Российской Федерации / Р.В. Горенков, А.О. Ефимова, С.А. Орлов, Ю.Ю. Розалиева, О.Н Петюков, А.С. Кузякина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27., V. 27. – № 4. – С. 418-424.

48. Гречухин, И. В. Состояние проблемы травматизма по данным официальной статистики и научное обоснование совершенствования его учета // Менеджер здравоохранения. – 2017 - № 7. – С. 8-11.

49. Гришина, Л.П. Особенности формирования инвалидности детского населения по обращаемости в БМСЭ Российской Федерации в 2005-2009 годы / Л. П. Гришина, С. И. Козлов // Медико–социальная экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями. – 2010. – № 3. – С. 4-7.

50. Губин, А.В. Отчет о состоянии и развитии медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия" в Уральском федеральном округе за 2017 год // Гений Ортопедии. – 2018. – Том 24, № 2. – С. 258-268.

51. Гудинова, Ж.В. Научные основы социально-гигиенического мониторинга инвалидности детей: Автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.00.07 / Ж.В. Гудинова. - Омск, 2005. - 42 с.

52. Девяткина, А.Н. Совершенствование работы сестринского персонала по профилактике и лечению детей с ортопедической патологией / А. Н. Девяткина, С. Л. Зиневич // Главная медицинская сестра. - 2011. - N1. - С. 12-23.

53. Дементьев, И.М. Информационная система паспортизации травматологических центров и контроля качества лечения пациентов, пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях. Программы для ЭВМ Базы данных Типологии интегральных микросхем И.М. Дементьев, А.Н. Гуров // Официальный бюллетень по интеллектуальной собственности (Роспатент). ФИПС М., 2017. - № 6. – С. 115.

54. Дементьев, И.М. Совершенствование специализированной медицинской помощи в процессе лечения пациентов, пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях, на основе информационных технологий / И.М. Дементьев, А.Н. Гуров // Менеджер здравоохранения. – 2019. – С. 22-29.

55. Демографический ежегодник Курской области / Статист. Сборник. – Курск. – 2013. - С. 8-13.

56. Дорофеев, А.Л., Организация специализированной медицинской помощи в регионах с низкой плотностью населения и ограниченной медицинской инфраструктурой / А.Л. Дорофеев, В.М. Салашник, Н.А.

Капитоненко // Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения. 02.06.2009. С. 1-5.

57. Дьяченко, В.П. Некоторые подходы к совершенствованию медико-социальной помощи детям-инвалидам / В. П. Дьяченко, Т. В. Чепель // Здравоохранение Российской Федерации. – 2001. – № 5. – С. 17-19.

58. Егиазарян, К.А. Пути оптимизации организации травматологической помощи в Российской Федерации / К.А. Егиазарян: Автореф. дис. … д-ра мед наук. – М., 2017. – 48 с.

59. Ермолаев, Д.О. Инвалидность детей и подростков как медико-социальная проблема / Д.О.Ермолаев, Е.В. Хазова, Ю.Н. Ермолаева, С.С. Красовский // Функциональные исследования. – 2007. - № 10. – С.114-117.

60. Заваденко Н.Н., Нестеровский Ю.Е. и др. Когнитивные и пароксизмальные расстройства в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы у детей и подростков / Н.Н. Заваденко, Ю.Е. Нестеровский и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Коракова. – 2019. - № 1(119). – С. 110-117.

61. Зайцева, У.А. Медико-социальная характеристика лиц с политравмой / У.А. Зайцева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. - № 11. – С. 27-30.

62. Запарий, С.П. Разработка и научное обоснование современных технологий управления процессом формирования инвалидности и совершенствования реабилитации инвалидов: Автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.00.00 / С.П. Запарий. - М., 2009. – 59 с.

63. Зелинская, Д.И. Детская инвалидность как проблема здравоохранения / Д. И. Зелинская // Здравоохранение РФ. – 2008. – № 2. – С. 23-26.

64. Зелинская, Д.И. Основы детской реабилитологии / Д. И. Зелинская // Педиатрия. - 2012. - №3. – С.15-20.

65. Зелинская, Д.И. Инвалидность детского населения России (современные правовые и медико-социальные процессы) / Д. И. Зелинская, Р. Н. Терлецкая, - М.: Юрайт, 2019. – С. 101-112.

66. Зенина, С.Л. Особенности психологического обследования детей в бюро медико-социальной экспертизы / С. Л. Зенина // Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями. – 2010. – № 1. – С. 48-50.

67. Индейкин, Е.Н. Качество медицинской помощи – библиография англоязычной литературы / Е. Н. Индейкин // Качество медицинской помощи. – 2002. – № 2. – С. 54-58.

68. История развития травматологической системы. Формирование травматологической помощи на западе https://medicalplanet.su/perelomi_i_travmi/istoria_travmatologicheskoi_sistemi.html MedicalPlanet

69. Исхаков, О.С. Патогенетические механизмы и лечебно-диагностическая тактика при черепно-мозговой травме у детей / О.С. Исхаков: Автореф дис. … д-ра мед. наук. – М., 2009. – 45 с.

70. Каграманов, В.И. Комплексная оценка последствий болезни и причин инвалидизации в детской популяции / В.И. Каграманов: Автореф. дис. … канд. мед. наук / В. И. Каграманов. – М., 1996. – 19 с.

71. Каднер, П. Травматология и ортопедия. Некоторые принципы организации ортопедической помощи в Германии / П. Каднер, Э.Р. Матти // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. И. Приорова. - 1995. - № 1-2. - С. 79-82.

72. Казьмин, А.М. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы) / А.М. Казьмин, Г.А. Перминова, А.И. Чугунова // Клиническая и специальная психология. – 2014. - № 2. – С. 15-19. [электронный доступ]

73. Кайсаров, И.Г. Эпидемиология и клиника легкой черепно-мозговой травмы у детей и особенности их экспертной оценки / И.Г. Кайсаров, Е.Ю. Калинина, А.А. Каюмова // Современные проблемы науки и образования. – 2017. - № 3.; URL: http://science-education.ru/ru/article/view?id=26431 (дата обращения: 17.05.2019).

74. Какорина, Е.П., Современные социально-гигиенические и клинические особенности травматизма населения РФ / Е.П. Какорина, И.А. Редько // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. - № 3. – С. 40-46.

75. Калиниченко, В.И. Стандартизация медицинских услуг – необходимый шаг к созданию эффективной системы управления медицинской помощью / В.И. Калиниченко // Здравоохранение. – 2015. - № 5. – С. 104-107.

76. Камаев, И.А. Ребёнок-инвалид: организация медико-социального обеспечения / И. А. Камаев, М. А. Позднякова. – Н. Новгород, 2004. – 304 с.

77. Каусова, Г.К. Организация и эффективность реабилитации в медицинских учреждениях / Г. К Каусова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 6. – С. 32-33.

78. Кешишев, И.А. Научное обоснование организации комплексной реабилитации детей-инвалидов в условиях федерального центра: Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.02.03 / И.А. Кешишев. – СПб., 2014. – 22 с.

79. Кешишян, Р.А. Дорожно-транспортный травматизм у детей / Р.А. Кешишян: Автореф. дис. … д-ра мед наук. – М., 2010. – 46 с.

80. Кириченко, Ю.Н. Медико-социальные проблемы совершенствования службы реабилитации детей–инвалидов / Ю. Н. Кириченко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 3. – С. 37-40.

81. Кицул, И., Пивень Д. Новые критерии оценки качества медицинской помощи: комментарий экспертов / И. Кицул, Д. Пивень // Оргздрав. – 2016. – № 2. – 78-82.

82. Козлов, С.И. Инвалидность детского населения в Российской Федерации и совершенствование системы комплексной реабилитации детей-инвалидов: Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.02.06 / С.И. Козлов. - М., 2010. – 30 с.

83. Колыхалова, Г.А. Модель Европейского Фонда по Управлению Качеством (анализ материалов Джеллинек Центра и Национального Института Качества в Здравоохранении, Нидерланды) / Г. А. Колыхалова // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 1. – С. 32-35.

84. Комаров, М.Ю. Качество медицинской помощи как одно из приоритетных направлений развития здравоохранения / М. Ю. Комаров // Здравоохранение. – 2009. – № 10. – С. 10-14.

85. Конвенция о правах инвалидов [принята Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006г. № 61/106] //Собрание законодательства Российской Федерации. – 2013. - № 6 (11.02). – ст. 468.

86. Корнилов Н.В., Травматология и ортопедия / Н.В. Корнилов, Э.Г. Грязнухин, К.И. Шапиро / Под ред. Н.В. Корнилова. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 592 с.

87. Коробов, М.В. Международный класс функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья: учебно-метод. пособие / М.И. Коробов – СПб., 2011. – 36 с.

88. Короткова, А.В. Новая методология улучшения качества медицинской помощи в России / А. В. Короткова // ГлавВрач. – 2003. – № 2. – С. 46-49.

89. Короткова, А.В. Опыт развития и применения методологии управления качеством медицинской помощи в Тверской и Тульской областях / А. В. Короткова // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 1. – С. 29.

90. Крохмаль С.В. Черепно-мозговая травма у детей младшей возрастной группы // Международный студенческий научный вестник. – 2016. - № 4(1). – С. 71-72.

91. Круглова, И.В. Инвалидность у детей в промышленном городе, факторы риска: Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.09 / И.В. Круглова. - М., 2001. – 22 с.

92. Крутиков, М. Г. Антибиотикопрофилактика в комбустиологии как проблема общей хирургии / М. Г. Крутиков, А. А. Алексеев, В. П. Яковлев, А. Э. Бобровников // [Электронный ресурс]. – Режим доступа:nedug.ru>lib/lit/surg/01nov/surg112/surg/htm/

93. Линденбратен, А.Л. Контроль качества организации медицинской помощи: современные подходы / А. Л. Линденбратен, В. В. Ковалева // Здравоохранение. – 2011. – № 6. – С. 50-55.

94. Линденбратен, А.Л. О Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года / А.Л. Линденбратен // Бюлл. Национальный НИИ общественного здоровья им. Семашко РАМН. 2009. Вып. 1. С. 80-83.

95. Линденбратен, А.Л. Качество организации медицинской помощи и критерии его оценки / А.Л. Линденбратен // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А Семашко.2013. Вып. 2. С. 20-23.

96. Линденбратен, А.Л. Один из подходов к статистической оценке качества медицинской помощи / А.Л. Линденбратен // Управление качеством медицинской помощи. – 2014. - № 3. - С. 36-37.

97. Линденбратен, А.Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи / А.Л. Линденбратен // Здравоохранение. – 2015. - № 1. – 74-78.

98. Линденбратен, А.Л. Использование критериев и показателей качества медицинской помощи / А.Л. Линденбратен // Заместитель главного врача. – 2016. - № 4. - С. 56-60.

99. Линденбратен, А.Л. К вопросу о критериях и показателях для контроля качества медпомощи / А.Л. Линденбратен // Заместитель главного врача. – 2016. – № 1. - С. 32-38.

100. Линденбратен, А.Л. Здоровье и здравоохранение: мысли серьезные и не очень / А.Л. Линденбратен. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 272 с.

101. Линденбратен, А. Л. Роль безопасности медицинской деятельности в обеспечении качества / А.Л. Линденбратен, Т.В. Гололобова // Здравоохранение. – 2014. - № 9. - С. 88-95.

102. Линденбратен, А.Л. Возможности применения различных моделей стандартизации для улучшения качества медицинской помощи / А.Л. Линденбратен, Н.В. Кондратова, Н.Д. Дубинин // Здравоохранение. – 2015. - № 11. - С. 74-81.

103. Линденбратен, А.Л. Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности медицинских организаций / А.Л. Линденбратен, А.Л. Лудупова, Г.Х. Дамдинова // Бюлл Нац. НИИ общественного здоровья. 2016. -№4. С.55-60.

104. Лихтерман, А. С. Особенности черепно-мозговой травмы у детей / Л. Б. Лихтерман, А. С. Иова, Ю. А. Гармашов, В. Н. Васильев // Педиатрия. – 2008. – № 2. – С. 34-39.

105. Лихтерман, Л.Б., Новый принцип диагностики и нейропедиатрии / Л.Б. Лихтерман, А.С. Иова, Л.М. Щугарева, Ю.А. Гармашов / // Педиатрия. – 2017, - № 2. – С. 16-22.

106. Лубенец, А.Е. Черепно-мозговая травма у детей как фактор снижения качества жизни: автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 2012-28с.

107. Луговкина, Т. К. Компьютерные технологии в системе управления качеством и затратами на лекарственную помощь при неотложных состояниях / Т. К. Луговкина, В. Г. Михайлов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 8. – С. 3-7.

108. Лукьянцева, Д.В. Прошлое, настоящее и будущее медицинских стандартов / Д. В. Лукьянцева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 8. – С. 3-7.

109. Майорова, Е.К. Современные особенности заболеваемости детей мегаполиса и пути ее снижения: Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.02.03 / Е.К. Майорова. – СПб., 2014. – 23 с.

110. Малахов, О.А. 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 // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2003. – № 4. – С. 3–8.

111. Малахов, О.А. О состоянии ортопедо-травматологической помощи детскому населению Российской Федерации и перспективах ее развития (по материалам доклада на научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии») / О. А. Малахов // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2001. – № 3. – С. 3–7.

112. Малахов, О.А Основные направления развития детской травматолого-ортопедической службы Российской Федерации / О. А. Малахов, И. В. Леванова // VII съезд травматологов-ортопедов России: тез. докл. – Новосибирск, 2002. - Т. 1. - С. 39.

113. Малахов, О.А. Пути развития и совершенствования детской травматолого-ортопедической помощи в Российской Федерации / О. А. Малахов, Ю. И. Поздникин, К.С. Соловьева // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2004. – № 4. – С. 3–10.

114. Малкаров, О.А. Структура заболеваемости детей в Российской Федерации / О.А. Малкаров // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2009. – № 2. – С. 112-113.

115. Мартынов, А.Н. Дорожно-транспортный травматизм - 2017. https://klyapino.shool.by

116. Махмутова, А.М. Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки функционального статуса у детей школьного возраста, больных

хроническими неврологическими заболеваниями: Автореф. дис. … канд. мед наук: PhD:6D110200 / А. М. Махмутова. – Астана, 2011. – 23 с.

117. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 531-537.

118. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ Краткая версия. – СПБ.: СПбИУВЭК, 2003. – 227 с.

119. Мелянченко, Н. Давайте уточним смысл. Качество медицинской помощи и стандартизация услуг требует типизации базовых формулировок / Н. Мелянченко // Медицинская газета. – 2010. – № 92. – С. 6-7.

120. Меньшикова, Л.И. Качество жизни в оценке состояния здоровья подростков / О.А. Игнатова, Л.И. Меньшикова, М.Г. Дьячкова // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т.19. №7.– С. 81-83.

121. Методика статистического анализа деятельности травматолого-ортопедических отделений (кабинетов) амбулаторно-поликлинического учреждения // Мед. статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2011. – № 4. – С. 3–21.

122. Миронов, С.П. Болезни костно-мышечной системы как социально-экономическая проблема / С. П. Миронов, Н. А. Еськин, Т. М. Андреева // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2012. – № 2. – С. 3–7.

123. Миронов, С.П. Решения VIII съезда травматологов-ортопедов России «Травматология и ортопедия XXI века» / С. П. Миронов // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2006. – № 3. – С. 93–94.

124. Миронов, С. П. Состояние ортопедо-травматологической службы в Российской Федерации и перспективы внедрения инновационных технологий в травматологии и ортопедии / С. П. Миронов // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2010. – № 4. – С. 10–13.

125. Миронов, С.П. Состояние специализированной амбулаторной травматолого-ортопедической помощи пострадавшим от травм и больным с патологией костно-мышечной системы / С. П. Миронов, Н. А. Еськин, Т. М. Андреева // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2010. – № 1. – С. 3–8.

126. Миронов, С. П. Состояние травматолого-ортопедической помощи населению Российской Федерации / С. П. Миронов, Е. П. Какорина, Т. М. Андреева, Е. В. Огрызко // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2007. – № 3. – С. 3–10.

127. Миронов, С. П. Состояние травматолого-ортопедической службы в Россий-ской Федерации и методы высоких технологий в диагностике и лечении травматолого-ортопедических больных / С. П. Миронов, В. В. Троценко, Т. М. Андреева, М. М. Попова // Травматология и ортопедия XXI века : Сб. тез. докл. VIII съезд травматологов-ортопедов России (Самара, 6 – 8 июня 2006 г.). – Самара, 2006. – С. 95–97.

128. Миронов, С. П. Состояние травматолого-ортопедической службы Российской Федерации и методы высоких технологий в диагностике и лечении травматолого-ортопедических больных / С. П. Миронов, В. В. Троценко // Высокие медицинские технологии : Мат. Всерос. науч.-практ. конф. – М., 2006. – С. 5–8.

129. Михайлова, Н.И. Инвалидность вследствие травм и других внешних воздействий у детей в Российской Федерации и комплексная медико-социальная реабилитация: Автореф. дис. … канд. мед наук: 14.02.06 / Н.И. Михайлова. - Москва, 2011. – 27 с.

130. Монахов, М.В. Качество жизни семей с детьми и его влияние на заболеваемость и инвалидизацию детей: Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.33 / М.В. Монахов. – Москва, 2009. – 24 с.

131. Морозова, Е. В. Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства) / Е. В. Морозова // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 1. – С. 42-44.

132. Морозова, Е.В. Кризис инвалидности и его социально-психологические последствия / Е. В. Морозова // Вестн. Всерос. общ-ва специалистов по мед.-соц. экспертизе, реабилитации и реабилитац. индустрии. – 2006. – № 3/4. – С. 148-151.

133. Морозова, Е.В. Психодиагностические и психокоррекционные подходы в реабилитации детей с посттравматическим стрессовым расстройством / Е. В. Морозова, Е. В. Столярова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей. – 2010. – № 4. – С. 32-36.

134. Морозова, Е. В. Роль и значение психологической реабилитации личности в экспертно-реабилитационном процессе / Е. В. Морозова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2010. – № 1. – С. 54-57.

135. Морозова, Е. В. Социально-психологическая адаптация личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания / Е.В. Морозова: Автореф. дис. … канд. психол. наук. – Ярославль, 2008. - 210 с.

136. Мыльникова, Т.А. Доступность и качество травматолого-ортопедической помощи детскому населению в Сибирском федеральном округе / Т.А. Мыльникова., И.А. Цыпорина, Л.С. Шалюгина // Инновации в медицине: основные проблемы и пути их решения. Высокотехнологичная медицина как элемент инновационной экономики: Мат. II междунар. форума, Новосибирск,23 марта, 2013 г. – Новосибирск, 2013. – С. 23-28.

137. Назаренко, Е.А. Методика оценки качества медицинской помощи по данным медицинской документации. Управление качеством медицинской помощи (опыт работы МУЗ ГКБ №10 «Электроника») : метод. указания / Е. А. Назаренко и др. – Воронеж: Изд-во ВГМА, 2002. – 20 с.

138. Насыров, Н.М. Клинико-статистическое изучение ортопедической заболеваемости и пути совершенствования специализированной помощи детям среднеазиатского региона / Н.М. Насыров: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – СПб,. 1991. – 26 с.

139. Науменко, Л. Л. Эффективность реабилитации детей-инвалидов / Л. Л. Науменко, И. В. Шерметова, В. И. Щемелева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2010. – № 2. – С. 11-13.

140. Нельсон, Л.Д. Восстановление после легкой черепно-мозговой травмы у пациентов, поступающих в центры травматологии США уровня I: трансформирующее исследование и клинические знания в области черепно-мозговой травмы (TRACK-TBI) / Л.Д. Нельсон, Н.Р. Темкин, С., Дикмен, ДЖ. Барбер, Ю.Т. Джачино, Х.С. Левин, М.А. МакКреа, М.Б. Стейн, П. Мукерджи, Д.О. Оконкво, Р. Диаз-Аррастия, Г.Т. Манли. JAMA Neurol. 3 июня 2019.

141. Немкова, С.А. Диагностика и коррекция когнитивных нарушений у детей с последствиями черепно-мозговой травмы / С.А. Немкова, Н.Н. Заваденко, О.И. Маслова, Г.А. Каркашадзе // Педиатрическая фармакология. – 2014. - № 3(11). – С. 54-60.

142. Никогосян, Р.В. Особенности развития детской травматолого-ортопедической помощи в различных странах (обзор литературы) / Р.В. Никогосян, А.Э. Бахшецян, А.Г. Чарчян // Медицинский вестник Эребуни. – 2009. - № 4. – С. 10-17. med-practic.com.

143. Новокшонов А.В., Ластаев Т.В. Черепно-мозговые повреждения у детей при политравме / А.В. Новокшонов, Т.В. Ластаев // Политравма. – 2015. - № 1. – С. 23-28.

144. О порядке и условиях признания лица инвалидом : постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 // Рос. газета [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rg.ru/2006/02/28/invalidi-poryadok-dok.html, свободный.

145. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон РФ от 24.11.1995 г. №181-ФЗ (с изменениями на 31.12.2005 г.) // Кодекс [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://docs.cntd.ru/document/9014513, свободный.

146. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "травматология и ортопедия": Приказ Минздрава России от 12.11.2012 N 901н // Консультант Плюс [электронный ресурс] : интернет-версия. - Режим доступа: свободный.

147. Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям: Приказ Минздрава России от 07.03.18 №92н // [электронный ресурс]: интернет – версия. – Режим доступа:garant.ru>products/ipo/prime/doc, свободный.

148. Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы : приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2009 N 1013н (ред. от 26.01.2012) // Консультант Плюс [электронный ресурс]: интернет-версия. – Режим доступа: http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=126259, свободный.

149. Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию : приказ Федерального фонда обязательного мед. страхования от 01.12.2010 N 230 // Гарант [Электронный ресурс] : интернет-версия. – Режим доступа: http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12082428/, свободный.

150. Об утверждении Типового положения о порядке проведения ведомственного контроля качества медицинской помощи в организациях здравоохранения Курской области: Приказ комитета здравоохранения Курской обл. от 8 апр. 2011 г. № 112 // Консультант Плюс [Электронный ресурс]: интернет-версия. – Режим доступа: http://base.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc;base=RLAW417;n=27909, свободный.

151. Огнева, Е.Ю. Основные направления совершенствования системы показателей для планировании муниципального здравоохранения / Е.Ю. Огнева: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2016. – 24 с.

152. Огнева, Е.Ю., Развитие индикативного планирования инновационной составляющей современной системы управления здравоохранением / Е.Ю. Огнева, С.М. Головина // Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения: Мат. межд. симпозиума, ноябрь 2015 г. // Бюлл. Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко. 2015. Тематический выпуск. С. 139-141.

153. Окунева, Г. Ю. Медико-социальные проблемы семей, воспитывающих детей-инвалидов / Г.Ю. Окунева: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 1995. – С. 29.

154. Омурбеков, Т.О., Распространенность и причины острых химических ожогов пищевода у детей по материалам ГДКБ СМП г. Бишкек (Кыргызская Республика) / Т.О. Омурбеков, Д.Р. Шайбеков // Современные тенденции развития науки и технологий. Периодический научный сборник. – 2016. - № 1-3. - С. 90-93.

155. Орехова, Г.Г. Роль организационных технологий в оказании медицинской помощи больным с последствиями черепно-мозговой травмы / Г.Г. Орехова: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. - М., 2008. – 49 с.

156. Ортикбоев, Ж. О. Структура травматических повреждений у детей, пострадавших вследствие дорожно-транспортных происшествий / Ж.О. Ортикбоев, Д.П. Хакимов, А.А. Рустамов, Ш.О. Ортикбоева, Ж.А. Фахриев, З.Ф. Сафаров // Молодой ученый. - 2017. - № 22. - С. 422-425. — URL https://moluch.ru/archive/156/44040/ (дата обращения: 16.05.2019).

157. Осипов, А.С. Заболеваемость, инвалидность детского населения в республике Саха (Якутия) и оптимизация системы реабилитации детей-инвалидов / А.С. Осипов: Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.02.06. - М., 2010. – 26 с.

158. Павленко, В.Л., Система контроля качества оказания медицинской помощи детям с тяжелой травмой на территории Ростовской области / В.Л. Павленко, Ф.Г. Шаршов, Е.А. Спиридонова, С.А. Румянцев // Анестезиология и реаниматология. - 2010. - № 1.- С. 47-49.

159. Пелеганчук, В.А. Научное обоснование организации специализированной медицинской помощи при множественных и сочетанных повреждениях в субъекте Российской Федерации / В.А. Пелеганчук: Автореф. дис. … д-ра мед. наук. – Новосибирск, 2010. – 46 с.

160. Петлах, В.И. Организация и оказание хирургической помощи в полевом педиатрическом госпитале (На опыте работы в Чеченской республике) / В.И. Петлах: Автореф. дис. …д-ра мед наук. – М., 2008. – 45 с.

161. Пожарищенский, К. Э. Основные тенденции первичной инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани у детей в Российской Федерации в динамике за 2001-2008 гг. / К. Э. Пожарищенский // Медико-социальная экспертиза и реабилитации. – 2010. – № 1. – С. 22-23.

162. Пожарищенский, К. Э. Особенности контингента детей-инвалидов вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, повторно освидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы Российской Федерации в 2001-2008 гг. / К. Э. Пожарищенский О. А. Кухта // Медико-социальная экспертиза и реабилитации. – 2010. – № 2. – С. 32-34.

163. Позднякова, М.А. Научное обоснование совершенствования медико-социального обслуживания детей с ограниченными возможностями М.А. Позднякова : Автореф. дис. … д-ра мед. наук. – М., 2002. – 44 с.

164. Породенко, В.А. Глазной травматизм у детей и взрослых вследствие дорожно-транспортной аварийности в условиях крупного города на примере Краснодара / В.А.Породенко, А.Г. Заболотний, С.А. Ануприенко, Н.Ю. Калинина // Современные проблемы науки и образования. – 2019. - №

2.; URL: http://science-education.ru/ru/article/view?id=28591 (дата обращения: 17.05.2019).

165. Предотвратимые потери здоровья в детском возрасте: концептуальные подходы //Социальные аспекты здоровья населения. Электр. журнал. 2010. http://vestnik.mednet.ru/content/view/246/30/lang,ru/

166. Прусаков, В.Ф. Проблемы специализированной медицинской помощи детям с эпилепсией / В.Ф. Прусаков, Ф.М. Зайкова, Е.О. Карпова // Практическая медицина. – 2009. - № 6/38 – С. 98- 101.

167. Пузин, Л. Н. Актуальные проблемы реабилитации детей-инвалидов / С.Н. Пузин, Л. Н. С. Н. Чикинова О. С. Андреева [и др.] // Медико-социальные проблемы детей-инвалидов: Мат. Рос. научно-практич. конф. (5-6 дек. 2002 г.). – М., 2002. – С. 68-71.

168. Пузин, С. Н. Инвалидность как социально-психологическое явление / С. Н. Пузин, Н. Б. Шабалина, А. Г. Герсамия // Вестн. Всерос. о-ва специалистов по мед.-соц. экспертизе, реабилитации и реабилит. индустрии. – 2005. – № 2. – С. 5-8.

169. Пузин, С.Н. Медико-социальные проблемы семьи, имеющей ребенка-инвалида / С. Н. Пузин, Т. И. Великолуг, Л. Л. Науменко [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2010. – № 1. – С. 3-5.

170. Разварина, И.Н. Оценка экономического ущерба от смертности детского населения / И.Н. Разварина // Вестник УрФУ. Серия экономика и управление. – 2018. - № 4(17). - С. 620-634.

171. Редько, И.А. Проблемы бытового травматизма / И.А. Редько // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. - № 6. – С. 15-21.

172. Рожавский, Л. А. Медико-социальные проблемы детской инвалидности / Л. А. Рожавский // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 6. – С. 23-25.

173. Рошаль, Л.М. Детский дорожно-транспортный травматизм / Л.М. Рошаль, Р.А. Кешишян, Л.В. Пужицкий и др. // Российский педиатрический журнал. – 2001. - № 5. - С. 41-44.

174. Светличная, Т. Г. Медико-социальные факторы риска детей–инвалидов / Т. Г. Светличная, И. В. Нестерова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 3. – С. 10-14.

175. Серегина, И.Ф. О контроле качества и безопасности медицинской деятельности в РФ / И.Ф. Серегина // Управление качеством в здравоохранении. Дайджест журнала www.proflit.ru

176. Сиротко, М.Л. Структура детской инвалидности в Самарской области / М.Л. Сиротко, М.Н. Бочкарева // Проблемы и перспективы развития инклюзивного образования: сборник материалов первой всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – 2017. – С. 287-291.

177. Скугорева, М.С. Комплексное исследование инвалидности вследствие болезней нервной системы у детей и особенности их медико-социальной реабилитации в Краснодарском крае / М.С. Скугорева: Автореф. дис. … канд. мед наук: 14.02.06. - М., 2010. – 26 с.

178. Смирнова, М.М., Коршунов Н.Б., Щербук Ю.А. Легкая черепно-мозговая травма у детей как социально значимая проблема / М.М. Смирнова, Н.Б. Коршунов, Ю.А. Щербук //Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2014. № 2(9). – С. 673-674.

179. Соколов, В. А. Дорожно-транспортные травмы / В. А. Соколов // Вест. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2011. – № 4. – С. 74–79.

180. Соколов, В. А. Множественные и сочетанные травмы: практ. рук. для врачей-травматологов / В. А. Соколов. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2016. – 510 с.

181. Соколова, Н.А. Международный опыт защиты прав семей, воспитывающих ребёнка с ограниченными возможностями / Н.А. Соколова, А.О. Макаров // Вестник Чел ГУ. – 2013. - №34 (325). – С.152-155.

182. Соловьева, К. С. Общие принципы организации детской амбулаторной ортопедической службы / К. С. Соловьева // Амбулатор. хирургия. – 2006. – № 1. – С. 78–81.

183. Соловьева, К. С., Травматизм детского населения в Санкт Петербурге / К.С. Соловьева, А.В. Залетин // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2017. – Том 5, № 3. – С. 43-46.

184. Соловьева, К. С. Отчет о работе Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии детского возраста» / К. С. Соловьева, А. А. Очкуренко // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2009. – № 4. – С. 85–86.

185. Солодунов, Е. П. Совершенствование организации травматологической помощи в сельской местности / Е. П. Солодунов // Травматология и ортопедия России. – 2007. – № 3. – С. 83–86.

186. Сон, И.М Информационное обеспечение статистического наблюдения в части детской инвалидности / И.М. Сон, А. В. Поликарпов, Е.В. Огрызко, Т. Ю. Голубева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. - № 4 (24). – С. 223-229.

187. Сороколетов, Д.В. Организационно-методические аспекты качества восстановительного лечения трудоспособного населения с нарушениями опорно-двигательной системы / Д.В. Сороколетов: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2018. – 26 с.

188. Спиридонов, А.В. Медико-социальные профилактика детского травматизма в крупном городе с учетом типа семьи (на примере города Казани) / А.В. Спиридонов: Автореф.дис. …канд.мед.наук. - 2007.- 11 с.

189. Стародубов, В. И. Общественное здоровье и здравоохранение : нац. рук. / В. И. Стародубов, О. П. Щепин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 619

с.

190. Стародубов, В. И. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России / В. И. Стародубов, И. С. Цыбульская, Л. П. Суханова // Современные мед. технологии. – 2009. – № 2. С. 11–16.

191. Стародубов, В. И. Система обязательного медицинского страхования в России: состояние, развитие, проблемы и перспективы / В. И. Стародубов, И. М. Сон, А. Н. Пихоцкий // Медицина катастроф. – 2010. – № 2. – С. 25–28.

192. Стародубов, В. И. Итоги и перспективы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения / В. И. Стародубов // Менеджер здравоохранения. –2007. – № 1. – С. 4–9.

193. Стародубов, В. И. Национальный проект «Здоровье» дает нам шанс вывести уровень оказания медицинской помощи на новые параметры / В. И. Стародубов // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 10. – С. 4–11.

194. Стародубов, В. И. Научное обоснование стратегии формирования и развития системы организации комплексной реабилитации детей-инвалидов в Российской Федерации: монография / В. И. Стародубов, С. Н. Пузин, Р. А. Амасьянц. – М., 2006. – 300 с.

195. Стуколова, Т. И. Федеральные и региональные программы охраны здоровья матери и ребенка / Т. И. Стуколова, И. Д. Зелинская, Л. С. Балева // Педиатрия. – 1999. – № 3. – С. 6-10.

196. Тайницкая, Э.В. Современные подходы к улучшению качества медицинской помощи населению на уровне первичного звена здравоохранения / Э.В. Тайницкая: Автореф. … канд. мед наук. – М., 2014. – 24 с.

197. Тишук, Е. А. Современные проблемы качества медицинской помощи / Е. А. Тишук, В. О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 3. – С. 13-19.

198. Тогунов, И. А. Концептуальное обоснование применения метода

системного подхода к оценке качества медицинской помощи / И. А. Тогунов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1998. – № 3. – С. 45-48.

199. Тогунов, И. А. От оценки к планированию качества медицинской помощи / И. А. Тогунов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 1. – С. 28-30.

200. Третьякова, Е. А. Анализ факторов риска развития инвалидности у детей-инвалидов вследствие болезней нервной системы / Е. А. Третьякова, Н. И. Малюков, Л. Е. Азанова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2010. – № 2. – С. 36-37.

201. Трешутин, В.А. Основные составляющие обеспечения качества медицинской помощи в медицинской организации / В.А.Трешутин / Здравоохранение. – 2015. - № 7. – С. 80-85.

202. Ульянченко, М.И. Совершенствование организации лечебно-реабилитационной помощи пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий / М.И. Ульянченко: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Ставрополь, 2016. – 24 с.

203. Ушаков, Г. Н. Некоторые аспекты терминологии при оценке качества медицинской помощи / Г. Н. Ушаков, О. А. Панкин // Кремлевская медицина: клинический вестник. – 2000. – № 3. – С. 3-7.

204. Ушакова, Т. А. Роль изучения процесса адаптации на ожоговую рану / Т. А. Ушакова // Комбустиология [Электронный ресурс] : научно-практич. журн. – 2004. – № 18/19. – Режим доступа: http://burn.ru/authors/show/show/?id=4276.

205. Ушакова, Т. А. Адаптация к ожоговой травме: проблемы и перспективы / Т. А. Ушакова // Комбустиология [Электронный ресурс] : науч.-практич. журн. – 2004. - № 39. – Режим доступа: http://burn.ru/authors/show/show/?id=4276.

206. Ушакова, Т.А. Глюкокортикостероиды при термической травме / Т.А. Ушакова, М. Г. Крутиков, И. Ю. Ларионов [и др.] // Российский

медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 17-19.

207. Федеральная целевая программа «Дети России» на 2007-2010 годы, ноябрь 2006г [электронный ресурс] режим доступа: URL:http://www.mzsrrf.ru/prmin/498/htl.

208. Федеральная целевая программа «Дети России» на 2018-2027 годы, май 2017г [электронный ресурс] режим доступа: URL:http://www.mzsrrf.ru/prmin/498/htl

209. Филатов, В. Б. Безопасность пациентов как важнейший аспект проблемы качества медицинской помощи / В. Б. Филатов, Е. П. Жиляева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 40-43.

210. Хабриев, Р. У. Оценка качества медицинской помощи с использованием индикаторов / Р. У. Хабриев // Неотложная терапия. – 2005. – № 2. – С. 5-9.

211. Цибизов, А.И. Результаты лечения и качество жизни детей, перенесших черепно-мозговую травму тяжелой степени / А.И. Цибизов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2007. - 18 с.

212. Хабриев, Р. У. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Р.У. Хабриев, А.Л. Линденбратен, Ю.М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. - №3. – С. 3-5.

213. Чепель, Т. Р. Социально–биологические факторы риска инвалидности в детском возрасте / Т. Р. Чепель // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 6. – С. 21-23.

214. Чепель, Т.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика детской инвалидности на Дальнем Востоке России / Т.В. Чепель: Автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.00.33. – Хабаровск, 2009. – 47 с.

215. Чичерин, Л.П. Проблемы, пути совершенствования охраны здоровья и организации медико-социальной помощи подросткам на уровне субъекта РФ: монография / Л.П. Чичерин. – Уфа: изд. ООО АНСИ, 2015. –

196 с.

216. Чичерин, Л.П. Охрана здоровья и жизни детей и подростков – государственная проблема / Л.П. Чичерин, М.В. Никитин, В.О. Щепин // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2019. -№ 2. – С. 14-21.

217. Чичерин, Л. П. Состояние здоровья и образ жизни современных подростков: тенденция, проблемы, пути решения: монография / Л. П. Чичерин, Р. Я. Нагаев, О.П. Щепин. – Уфа: изд. ООО АНСИ, 2016. – 164 с.

218. Шабалина, Н. Б. Пособие для психологов, работающих в учреждениях медико-социальной экспертизы и реабилитации / Н. Б. Шабалина. – М., 2000. – 125 с.

219. Шабалина, Н. Б. Реабилитационный потенциал личности в теории и на практике / Н. Б. Шабалина // Деятельность психолога в службах медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. – М., 2002. – С. 14-23.

220. Шайхутдинов, И.И. Смертность от травм детского населения Республики Татарстан / И.И. Шайхутдинов // Совершенствование травматолого-ортопедической помощи детям : сб. ст. СПб., 2008. — С. 52-54.

221. Шамсудинова Д.З. Проблемы организации специализированной ортопедо-травматологической помощи детям в регионе и возможные пути их решения / Д.З. Шамсудинова, Д.В. Пивень, Л.В. Селивёрстова // Сибирский медицинский журнал. – 2009. - С. 160-165.

222. Шапошников, Ю.Г. Травматология и ортопедия / Ю.Г. Шапошников. - М.: Медицина. 1997. – С. 7-30.

223. Шаповалов, В.М. Травматология и ортопедия / В.М. Шаповалов, А.И. Грицанов, А.Н. Ерохов. - СПб.: Фолиант, 2004. - С. 3-22.

224. Шарапова, О. В. Медико–социальная помощь семье, женщинам и детям в современных условиях / О. В. Шарапова // Здравоохранение. – 2005. – № 12. - С. 24-32.

225. Шарова Е.А. Предотвратимые потери здоровья от черепно-

мозговой травмы у детей: региональные особенности и стратегические подходы по их сокращению (комплексное социально-гигиеническое исследование / Е.А. Шарова: Автореф. дис. … д-ра мед. наук. – 2019. – 45 с.

226. Шаршов, Ф.Г. Совершенствование оказания экстренной медицинской помощи с тяжелыми травматическими повреждениями / Ф.Г. Шаршов: Автореф. дис. … д-ра мед. наук. - М., 2011. - 26 с.

227. Шеховцова К.В. Эпидемиология черепно-мозговой травмы и организация помощи пострадавшим в Ставропольском крае / К.В. Шеховцова : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2006. - 20 с.

228. Шинкарик, И.Г. Детский дорожно-транспортный травматизм и его последствия / И.Г. Шинкарик // Пермский медицинский журнал. – 2006. - № 6. – С. – 158-162.

229. Шишкин, Е. В. Роль алкоголя в смертности населения от травм и некоторых других последствий воздействия внешних причин (на примере Челябинской области) / Е.В. Шишкин // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2019. - № 1(61). – С. 9-16.

230. Шишкин, Е. В., Основные тенденции смертности населения от внешних причин на территории РФ / Е.В. Шишкин, А.Ю. Маркина // Менеджер здравоохранения. – 2017. - № 1. – С. 9-12.

231. Шишкин, Е. В., Анализ показателей смертности и тяжести последствий дорожно-транспортного травматизма / Е.В. Шишкин, М.Г. Москвичева // Менеджер здравоохранения. – 2014. - № 5. – С. 12-14.

232. Шишкин, Е.В.,. Роль травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин в смертности населения РФ / Е.В. Шишкин, В.О. Щепин // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 6. – С. 7-11.

233. Шишкин, Е. В., Основные тенденции заболеваемости от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействий внешних причин в субъектах РФ / Е.В. Шишкин, В.О. Щепин // Менеджер здравоохранения. – 2019. - № 1. – С 5-8.

234. Шкурко, М.А. Актуальные проблемы семей, воспитывающих

детей с ограниченным,и возможностями / М. А. Шкурко, С. Ю. Петрова, А. Е. Лаптева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей. – 2018. – № 1. – С. 22-24.

235. Щедренок, В.В. Нейротравма у детей (клинико-статистическая характеристика и профилактика) / В.В.Щедренок, Н.А. Янина, Н.В. Аникеев, И.А. Симонова, О.В. Могучая // Нейрохирургия и неврология детского возраста. – 2011. - № 2. – С. 66-72.

236. Щепин, В.О. Экономические аспекты вследствие смертности от травматизма на региональном уровне / В.О. Щепин, Е.В. Шишкин // Уральский медицинский журнал. – 2019. - № 8(176). – С. 101-104

237. .Щепин, О. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / О. П. Щепин, В. А. Медик. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 591 с.

238. Щепин, О. П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбратен, Г,И. Галанова. – М., 2002. – 176 с.

239. ЮНИСЕФ. Анализ положения детей в Российской Федерации – М., 2007. – С.40.

240. Юргель, Н.В. Меры по обеспечению качества экстренной медицинской помощи детскому населению / Н.В. Юргель, В.И. Завалев, Л.Н. Серобян и др. // Методические рекомендации. - М., 2008. - 56 с.

241. Юрьев, В.К. Основы общественного здоровья и здравоохранения : учеб. для студентов, ординаторов, аспирантов и преподавателей стоматол. фак., слушателей системы доп. и послевуз. проф. образования / В. К. Юрьев, К. Е. Моисеева, В. А. Глущенко. - СПб. : СпецЛит, 2019. – 450 с.

242. Яцышена, Т.Л. Структура первичной и общей инвалидности детского населения Волгоградской области / Т.Л. Яцышена, Н.В. Аброськина // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 7: Философия и социальные технологии. – 2008. - № 2(8). – С.166-167.

243. Alia C, Terrigno M, Busti I, Cremisi F, Caleo M.Pluripotent Stem Cells for Brain Repair: Protocols and Preclinical Applications in Cortical and Hippocampal Pathologies. Front Neurosci. 2019 Aug 6;13:684.

244. Alinejad A., Shiraz E. Canst ic injury to the upper gastrointestinal tract // Medical Journal. 2001. 4. P. 312-313.

245. Allen, C. J., et al. (2016). "Predictors of mortality in pediatric trauma: experiences of a level 1 trauma center and an assessment of the International Classification Injury Severity Score (ICISS)." Pediatr Surg Int **32**(7): 657-663.

246. Arch Phys Med Rehabil. 2019 Sep 25. pii: S0003-9993(19)31092-5.

247. Aynsley-Green, A. Who is speaking for children and adolescents and for their health at policy level/ A. Aynsley-Green, M. Barker, S. Burr [et al.] // BMJ. – 2000. – Vol. 321. – P. 229-232.

248. Baudin, F., et al. (2016). "Effectiveness of management of children with severe trauma in a pediatric trauma center and in an adult trauma center: A before-after study]." Arch Pediatr **23**(4): 367-372.

249. Beagan, B. L. Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients / B.L. Beagan // Soc. Sci. Med. – 2000. – Vol. 51. – P. 1253-1265.

250. Beretta E, Storm FA, Strazzer S, Frascarelli F, Petrarca M, Colazza A, Cordone G, Biffi E, Morganti R, Maghini C, Piccinini L, Reni G, Castelli E. Effect of Robot-Assisted Gait Training in a Large Population of Children With Motor Impairment Due to Cerebral Palsy or Acquired Brain Injury.

251. Biaggi, P. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patient in residents and chief residents – what can be done? / P. Biaggi, S. Peter, E. Ulich // Swiss Med. Wkly. – 2003. – Vol. 133. – P. 339-346.

252. Blackburn, C. M. Prevalence of childhood disability and the characteristics and circumstances of disabled children in the UK: secondary analysis of the Family Resources Survey [Electronic resource] / C. M. Blackburn,N. J. Spencer, J. M. Read // BMC Pediatr. – 2010. – N 10. – P. 21. – URL : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2873517/

253. Boland, M. Urban-rural variation in mortality and hospital admission

rates for unintentional injury in Ireland / M. Boland, A. Staines, P. Fitzpatrick, E. Scallan // Injury Prevention. – 2005. –N 11. – P. 38-42.

254. Bogumil, D. D. A., et al. (2017). "Prevalence of nonaccidental trauma among children at American College of Surgeons-verified pediatric trauma centers." J Trauma Acute Care Surg **83**(5): 862-866.

255. Breaking the cycle of exclusion. Roma children in South East Europe [Electronic resource]. – Belgrade : UNICEF Serbia, 2007. – URL :http://www.unicef.org/ceecis/070305-Subregional_Study_Roma_Children.pdf

256. Brusalis, C. M., et al. (2017). "A Dedicated Orthopaedic Trauma Operating Room Improves Efficiency at a Pediatric Center." J Bone Joint Surg Am 99(1): 42-47.

257. Brussoni, M. Evidence into practice: combining the art and science of injury prevention / M. Brussoni, E. Towner, M. Hayes // Injury Prevention. – 2006. – Vol. 12, N 6. – P. 373-377.

258. Cardoen F, Vermeulen F, Proesmans M, Moens M, De Boeck K. Lung function evolution in children with old and new type bronchopulmonary dysplasia: a retrospective cohort analysis.Eur J Pediatr. 2019 Dec;178(12):1859-1866.

259. Ceccarelli C, Brindisino F, Salomon M, Heick JD, Maselli F. A Rare Consequence after Shoulder Dislocation in a Professional Cyclist: A Case Report. Medicina (Kaunas). 2019 Aug 25;55(9). pii: E529.

260. Collins, M. At risk : Roma and the displaced in south east Europe [electronic resource] / M. Collins [et al.]. – Bratislava: United Nations Development Programme Regional Bureau for Europe, 2006. – URL: http://europeandcis.undp.org/uploads/public/File/rbec_web/vgr/vuln_rep_all.pdf

261. Cubbin, C. Socioeconomic inequalities in injuries: critical issues in design and analysis /C.Cubbin, G.Smith// Annual Reviews of Public Health. – 2002. –Vol. 23. – P. 347-375.

262. Espinoza LF, Simko LC, Goldstein R, McMullen KA, Slocum C, Silver JK, Herndon DN, Suman OE, Meyer WJ, Gibran NS, Kowalske K, Zafonte R, Ryan CM, Schneider JC. Postacute Care Setting Is Associated With Employment

After Burn Injury.Arch Phys Med Rehabil. 2019 Nov;100(11):2015-2021. doi: 10.1016/j.apmr.2019.06.007. Epub 2019 Jul 3.

263. European Environment and Health Information System (ENHIS). Work injuries in children and young people. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2007 (Fact Sheet No. 4.7).

264. Falcone, R. A., Jr., et al. (2016). A paradigm for achieving successful pediatric trauma verification in the absence of pediatric surgical specialists while ensuring quality of care. J Trauma Acute Care Surg 80(3): 433-439.

265. Falcone, R. A., Jr., et al. (2016). "Volunteer driven home safety intervention results in significant reduction in pediatric injuries: A model for community based injury reduction." J Pediatr Surg 51(7): 1162-1169.

266. Gueler JR, McMullen K, Kowalske K, Holavanahalli R, Fauerbach JA, Ryan CM, Stoddard FJ, Wiechman SA, Roaten K.Exploratory analysis of long-term physical and mental health morbidity and mortality: A comparison of individuals with self-inflicted versus non-self-inflicted burn injuries.Burns. 2019 Oct 20. pii: S0305-4179(19)30455-3

267. Haas R, Zayat M, Sevrin A. Current Concepts in the Evaluation of the Pediatric Patient with Concussion. Curr Rev Musculoskelet Med. 2019 Sep;12(3):340-345.

268. Hildenbrand, A. K., et al. (2016). "Acute Pain and Posttraumatic Stress After Pediatric Injury." J Pediatr Psychol 41(1): 98-107.

269. Horowitz M. E. Stressors and strains of medical training and practice / M.E. Horowitz, J.E. Drutz, E. Frag // Swiss Med Wkly. – 2003. – Vol. 133. – P. 629.

270. Ithurburn MP, Paljieg A, Thomas S, Hewett TE, Paterno MV, Schmitt LC. Сила и функции на всех уровнях зрелости у юных спортсменов во время возвращения в спорт после реконструкции ACL. Спорт Здоровье. 2019 июль / август; 11 (4): 324-331.

271. Jeyathevan G, Камерон JI. И др. 11718.Восстановление отношений после травмы спинного мозга: опыт семейных опекунов и получателей

помощи. BMC Neurol. 2019 июнь 8; 19 (1).

272. Kanfer, R. Measuring Health Worker Motivation in Developing Countries / R. Kanfer// Major Applied Research 5, Working Paper 9. Partnerships for Health Reform, 2000.230P.

273. Kerns, S. E., et al. (2016). "Development and Implementation of a Child Welfare Workforce Strategy to Build a Trauma-Informed System of Support for Foster Care." Child Maltreat 21(2): 135-146.

274. Kim, P. T., Falcone R. A., Jr. (2017). "Nonaccidental Trauma in Pediatric Surgery." Surg Clin North Am 97(1): 21-33.

275. Kiragu, A. W., et al. (2017). "Pediatric Trauma Care in Low- and Middle-Income Countries: A Brief Review of the Current State and Recommendations for Management and a Way Forward." J Pediatr Intensive Care **6**(1): 52-59.

276. Laflamme, L. Socioeconomic differences in injury risks. A review of findings and a discussion of potential countermeasures / L. Laflamme, S. Burrows, M. Hasselberg. K. Institutet.– Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.– URL : http://ki.se/content/1/c6/03/11/01/Socioeconomic differences in injury risks A review of findings and a discussion of potential countermeasures.pdf

277. Lansdown, G. The evolving capacities of the child[Electronic resource] / G. Lansdown. – Florence : UNICEF Innocenti Research Centre, 2005. – URL :http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/evolving-eng.pdf.

278. Livingston, J. K., et al. (2019). "Non-accidental trauma increases length of stay and mortality in pediatric trauma." Pediatr Surg Int 35(7): 779-784.

279. Loubani, E., et al. (2018). "Orthopedic Injuries in Pediatric Trauma." Curr Pediatr Rev 14(1): 52-58.

280. Mahdavi S, Hasper E, Donders J. Sluggish cognitive tempo in children with traumatic brain injuries. Appl Neuropsychol Child. 2019 Oct 7:1-7.

281. Marsac, M. L., et al. (2016). "Implementing a Trauma-Informed Approach in Pediatric Health Care Networks." JAMA Pediatr 170(1): 70-77.

282. McKee, M. Lessons from health during the transition from communism

/ M. McKee, E. Nolte // BMJ. – 2004. – Vol. 329. – P. 1428-1429.

283. Mortality by 67 causes of death, age and sex (off-line version), supplement to the European health for all databases (HFA-MDB). – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2005. – URL :http://www.euro.who.int/hfadb.

284. Peden, M. World report on child injury prevention / M. Peden, K. Oyegbite, J. Ozanne-Smith [et al.]. – Geneva : World Health Organization. 2008. – URL :http://www.em-online.com/download/medical_article/37295_World Report on Child Injury.pdf

285. Peden M., Krug E., Mohan D. etal. A 5-year WHO strategy for traffic injury prevention. Geneva: WHO, 2001. 23.

286. Peng, J., et al. (2017). "Undertriage of Pediatric Major Trauma Patients in the United States." Clin Pediatr (Phila) **56**(9): 845-853.

287. Rexiti P, Zhang TC, Batuer C, Cao L. Rexiti P, Zhang TC, Batuer C, Cao L. Orthopedic treatment for open fracture of lower extremities and soft tissue defects in young children and rapid rehabilitation after operation. Phys Sportsmed. 2019 Aug 2:1-4. doi: 10.1080/00913847.2019.1642810. [Epub ahead of print]

288. Runyan, C.W. Epidemiology and prevention of injuries among adolescent workers in the USA / C. W. Runyan, R. C. Zakocs // Annu. Rev.Public Health. – 2000. –Vol. 21. – P. 247-269.

289. Sarac C, Amghar H, Nieuwenhuijse MJ, Nagels J, Buitenhuis SM, Wolterbeek R, Nelissen RGHH.What Range of Motion is Achieved 5 Years After External Rotationplasty of the Shoulder in Infants with an Obstetric Brachial Plexus Injury? Clin Orthop Relat Res. 2019 Oct 17.

290. Sethi, D. Reducing inequalities from injuries in Europe / D. Sethi, F. Racioppi, I. Baumgarten, R. Bertollini// Lancet. – 2006. –Vol. 368. – P. 2243-2250.

291. Sivasundaram, L., et al. (2019). "Demographics and Risk Factors for Non-Accidental Orthopedic Trauma." Clin Pediatr (Phila) 58(6): 618-626.

292. Stewart, C. L., et al. (2017). "Mapping pediatric injuries to target prevention, education, and outreach." J Pediatr Surg 52(8): 1287-1291.

293. Sullivan, K. M., et al. (2016). "Trauma-Informed Care for Children in the Child Welfare System: An Initial Evaluation of a Trauma-Informed Parenting Workshop." Child Maltreat **21**(2): 147-155.

294. Tamburlini, G. Children‘s special vulnerability to environmental health hazards: an overview / G. Tamburlini// Children‘s health and environment: a review of evidence / eds. G. Tamburlini, O. von Ehrenstein, R. Bertollini. – Copenhagen : European Environment Agency, 2002. – (Environmental Issue Report 29).

295. Understanding child poverty in south-eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. – Florence : UNICEF Innocenti Research Centre, 2006. – (Innocenti Social Monitor2006).

296. Wade SL, Narad ME, Moscato EL, LeBlond EI, King JA, Raj SP, Platt A, Thompson AN, Baum KT, Salloum R.A Survivor's Journey: Preliminary efficacy of an online problem-solving therapy for survivors of pediatric brain tumor.Pediatr Blood Cancer. 2019 Nov 13:e28043

297. Yee A., Song Y.Q., Chan D. et al. Understanding the basis of genetic studies adolescent idiopathic scoliosis as an example Spine Deformity, 2014, 21-29.

298. Zebis MK, Warming S, Pedersen MB, Kraft MH, Magnusson SP, Rathcke M, Krogsgaard M, Døssing S, Alkjær T. Outcome Measures After ACL Injury in Pediatric Patients: A Scoping Review. Orthop J Sports Med. 2019 Jul 30;7(7):2325967119861803.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Карта экспертной оценки

1. № /№___ 2.Дата заполнения_____3.№ акта_____

4.Пол: муж; жен. 5.Возраст (дата рождения) _____

6.Образование: начальное; неполное среднее; среднее; среднее специальное

7.Место жительства: город; село _____

8.Дата травмы_____

9. Вид травматизма: бытовая, школьная, уличная, спортивная, ДТП

10.Диагноз_____

11.Срок наблюдения

12. Динамика инвалидности: сохранение, усиление, реабилитация

13.Оценка диагноза

-несоответствие диагноза клинико-диагностическим данным (0)

-диагноз поставлен не полностью, что существенно повлияло на лечебный процесс пациента(0,5)

-диагноз поставлен неполно, но это не повлияло на лечебный процесс (0,75)

- диагноз поставлен своевременно, правильно, соответствует МКБ(1,0)

14.Оценка диагностических мероприятий

-диагностическое обследование не проводилось(0)

-выполнены отдельные малоинформативные обследования(0,25)

-обследование проведено не полностью, что существенно повлияло на лечебный процесс (0,5)

-обследование проведено почти полностью, но имеются незначительные упущения(0,75)

-обследование проведено полностью(1,0)

15.Оценка использования медикаментозных средств:

-медсредства применялись неадекватно, необоснованно длительно или необоснованно кратковременно(0)

-медсредства применялись адекватно, но не в полном объеме, что существенно повлияло на качество лечения; имела место полипрогмазия(0,5)

-медсредства применялись адекватно, но не в полном объеме, что существенно не повлияло на результат лечения(0,75)

-медсредства применялись адекватно(1,0)

16.Оценка результатов оперативного лечения:

- неадекватный метод оперативного лечения, приведший к отрицательному результату (0);

- метод адекватный, но были допущены тактические или технические ошибки, которые привели к осложнениям и негативно повлияли на исход лечения (0,25);

- метод адекватный, но тактические или технические ошибки привели к замедлению результатов ожидаемого исхода лечения (0,5);

- метод адекватный, имелись незначительные тактические или технические ошибки, которые не повлияли на исход лечения (0,75);

- метод адекватный, выполнен без каких-либо ошибок (1,0)

17.Оценка применения восстановительного лечения и методов реабилитации:

-вообще не проводилось(0)

-проведены неадекватно или не назначались, хотя были показания(0,25)

-проведены адекватно, но не в полном объёме, что повлияло на исход заболевания(0,5)

-проведены адекватно, но не в полном объеме, что не повлияло на исход заболевания(0,75)

-восстановительное лечение и реабилитация проведено адекватно и в полном объеме или не показано(1,0)

18. Объем выполненных медицинских реабилитационных мероприятий (по ИПР)

- отсутствие выполнения(0)

-выполнено частично(0,5)

-выполнено не в полном объеме(0,75)

- полный объем(1,0)

19.Объем социальных мероприятий (по ИПР)

- отсутствие выполнения(0)

- выполнено частично(0,5)

-не в полном объеме(0,75)

- полный объем(1,0)

20.Объем психологических реабилитационных мероприятий (по ИПР)

-не проводилось, но было показано(0)

-проведение беседы(0,25)

-психологическое консультирование(0,5)

-психологическая коррекция(0,75)

-психотерапия, не было показано (1,0)

21.Результаты медицинских реабилитационных мероприятий

-отсутствие положительных результатов(0)

- частично восстановлены функции(0,5)

-существенное восстановление утраченных функций, способствующие улучшению качества жизни (0,75)

-возврат к физиологической норме(1,0)

22.Результаты социальных реабилитационных мероприятий

- неспособность к обучению(0)

- достигнута способность к обучению на дому(0,25)

-достигнута способность к обучению в специальном учебном заведении по специальной программе(0,5)

- достигнута способность обучаться по специальной программе в учебном заведении общего типа, при соблюдении специального режима(0,75)

-способность к обучению в учебном заведении общего типа(1,0)