

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

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2020

Работа выполнена в ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко».

Научный руководитель:

доктор медицинских наук Гришина Наталья Константиновна

Официальные оппоненты:

Меньшикова Лариса Ивановна, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения разработки кадровой политики в здравоохранении, руководитель методического аккредитационно-симуляционного центра ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Кицул Игорь Сергеевич, доктор медицинских наук, профессор, профессор РАН, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутской государственной медицинской академии постдипломного образования филиала ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ведущая организация:

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).

Защита диссертации состоится _____ 2020 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета Д 001.023.01 при федеральном государственном автономном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, по адресу 119991, Москва, Ломоносовский пр., 2, стр. 1

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу 119991, Москва, Ломоносовский пр., 2, стр. 1 и на сайте <https://nczd.ru>.

Автореферат разослан «___» _____ 2020 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор РАН

Винярская Ирина Валериевна

ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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 (Щепин В.О., 2011; Стародубов В.И., Щепин О.П., 2013; Нельсон Л. Д., с соавт., 2019; Шарова Е.А., 2019). Более 13 млн. детей РФ ежегодно получают травмы, показатель детского травматизма колеблется от 75‰ до 133‰. На каждые 3 тыс. детей приходится 1 ребенок-инвалид вследствие травм. 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 (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 (Михайлова Ю.В., Иванова А.Е., 2006; Зелинская Д.И., 2012, 2019; 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, 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 (Рошаль Л.М., 2000; Малахов О.А., 2003; Филатов В.Б., Жилиева Е.П., 2003; 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; Vogumil D.D.A., 2017; Kim P.N., 2017 и др.).

Процессу становления травматолого-ортопедической помощи детям в мире и в России посвящены работы 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 (Спиридонов А.В., 2007; Зелинская Д. И., 2008, 2012, 2019; 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; Игнатова О.А., Меньшикова Л.И., 2017 и др.),

взаимосвязи качества восстановительного лечения и психологического статуса семьи, реабилитации детей с различными видами травм и др. (Гришина Л.П., Козлов С.И., 2010; Морозова Е.В., 2010; Валиуллина С.А., 2011; 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 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, фтизиопульмонологии Курского государственного медицинского университета; XIV Российском национальном конгрессе «Человек и его здоровье (ортопедия-травматология-протезирование-реабилитация)» (Санкт-Петербург, 2009г.); 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.); XXII Конгрессе педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, 2020).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует 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.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность исследования, сформулированы его цель и задачи, представлены сведения о научной новизне и практической значимости, определены основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе представлен обзор научных публикаций, содержащий анализ современной ситуации по детскому травматизму и связанной с ним инвалидностью в мире и Российской Федерации, освещается роль и методы оценки качества медицинской помощи, оказываемой детям, получившим травму, выявлены существующие в этой области проблемы и др.

Во второй главе освещаются основные методические подходы, использованные в исследовании, представлена характеристика его базы. Работа выполнялась в несколько последовательных этапов. Программа исследования представлена в таблице 1.

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.

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).

Выборочная совокупность для проведения экспертной оценки формировалась методом направленного отбора карт детей и актов освидетельствования в бюро МСЭ, имеющих статус ребенка-инвалида с последствием травм.

Программа исследования

Этапы программы	Методы исследования	Источники информации и объём исследования
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
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 (ф. 112/у) - 479 шт., медицинская карта стационарного больного (ф. 003/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.)	Монографического описания, аналитический	Материалы собственного исследования

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 выполненным.

Отдельный этап исследования был посвящен определению факторов, влияющих на реализацию комплексной реабилитации 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 социально-медико-психолого-педагогической реабилитации ребенка-инвалида вызвала необходимость в изучении типа семейного реагирования.

Для определения, к какому типу реагирования относится та или иная семья, нами были привлечены психологи, которые с помощью стандартизированных психодиагностических методов и последующего их анализа, все исследуемые семьи распределили по трем базисным типам реагирования: просоциально ориентированные, социально зависимые, асоциально ориентированные.

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.

Исследование проводилось на базе Курской области, где одной из основных проблем организации травматолого-ортопедической помощи детям является отсутствие специализированного травматологического детского отделения.

На данной территории функционирует единственный травматологический пункт, где круглосуточно оказывается амбулаторная травматолого-ортопедическая помощь детям. Дети с черепно-мозговыми травмами (ЧМТ) старше 7 лет получают лечение на базе Курской областной клинической больницы. Дальнейшее лечение детей с ЧМТ проходит в психоневрологическом детском отделении ДКБ. Все дети, перенесшие ЧМТ, состоят на диспансерном учете у неврологов по месту жительства, получают лечение в неврологическом отделении.

Дети от 0 до 17 лет включительно с ожоговой травмой проходят лечение в ожоговом отделении Курской областной клинической больницы, а после выписки из ожогового центра наблюдаются хирургом амбулаторно. Восстановительная

терапия у этих детей проводится в условиях стационара ожогового отделения Курской областной клинической больницы.

Оказание медицинской помощи детям с травмами опорно-двигательной системы (ОДС) осуществляется в хирургическом отделении согласно разработанным местным медико-экономическим стандартам.

В третьей главе представлены результаты анализа детского травматизма и инвалидности, связанной с ним, качества организации и оказания медицинской помощи, в т.ч. реабилитационной, детям с различными видами травм.

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.

У детей, проживающих в городской местности, травмы встречались чаще (61,7%), чем у детей, проживающих в сельской местности (38,3%). 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%).

Показатель первичной детской инвалидности вследствие травм в 2008-2016 гг. стабильно превышал таковой не только для ближайших регионов, но и средний показатель по Российской Федерации, и являлся самым высоким по ЦФО.

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 различной 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 (рефлексотерапия, 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.

В четвертой главе показано влияние типа реагирования семьи на реабилитацию детей при травмах, приведших к инвалидности.

В ходе проведенного анализа определены следующие закономерности в зависимости от типа реагирования семьи. При просоциально ориентированном типе (далее - I тип), который характеризуется достаточным волевым потенциалом,

огромным стремлением к излечению ребенка, педантичным выполнением рекомендаций врачей и социально зависимом (II тип) – характеризующимся 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 асоциально ориентированном (III тип), для которого характерно превалирование эмоций над разумом, инертность мышления, склонность к аффектам, эмоции превалируют над разумом – отмечается фиксация на состоянии, рентное отношение к болезни.

Так, например, было выявлено, что при I типе в 81,5% случаев медицинские рекомендации были выполнены в полном объеме, при II типе – в 64,0% случаев, а при III типе – только в 22,2% случаев.

Максимальное достижение результата по медицинской реабилитации у детей с черепно-мозговой травмой, которое характеризовалось почти полным восстановлением высших психических функций, в ряде случаев возврату к физиологической норме двигательных функций ($K=0,75-1,0$), было зафиксировано в 81,5% случаев при I типе, в 60,0% случаев – при II типе и только в 22,5% случаев при III 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 I типе. При II типе такой результат достигнут в 66,0% случаев, а при III типе в 44,5% случаев.

В семьях детей с термическими поражениями достигнуты следующие результаты: объем медицинской реабилитации в семьях с I типом был выполнен в полном или почти в полном объеме ($K=0,75-1,0$) в 79,3% случаев. В отличие от I типа, при втором типе объем 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 I типом реагирования и только в 52,9% случаев – у семей с II типом.

Как результат социальной реабилитации достигнута способность к обучению

в учебном заведении общего типа в 89,7% случаев у детей с ограниченными возможностями при I типе, в 52,9% случаев при II типе.

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 ($K = 0,75-1,0$) при I типе выше - 61,9%, чем при II - 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 психологического тестирования установлено, что в психологической помощи нуждаются все дети и родители 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 I типе, 88,2% случаев при II типе. Только у десятой части освидетельствованных детей мероприятия по психологической помощи ограничились однократным консультированием - в 10,3% случаев при I типе, и в 11,8% при II типе.

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

В пятой главе представлены предлагаемые приоритетные мероприятия, направленные на снижение инвалидизации у детей, получивших травму.

В целях реализации единого процесса профилактики детского травматизма предлагается к реализации следующая схема межведомственного сотрудничества (рис. 1). Внедрение межведомственной информационной системы способствует получению универсальной информации для различных ведомств и позволяет планировать мероприятия по оказанию медицинской помощи, реабилитации и социальной адаптации детей.

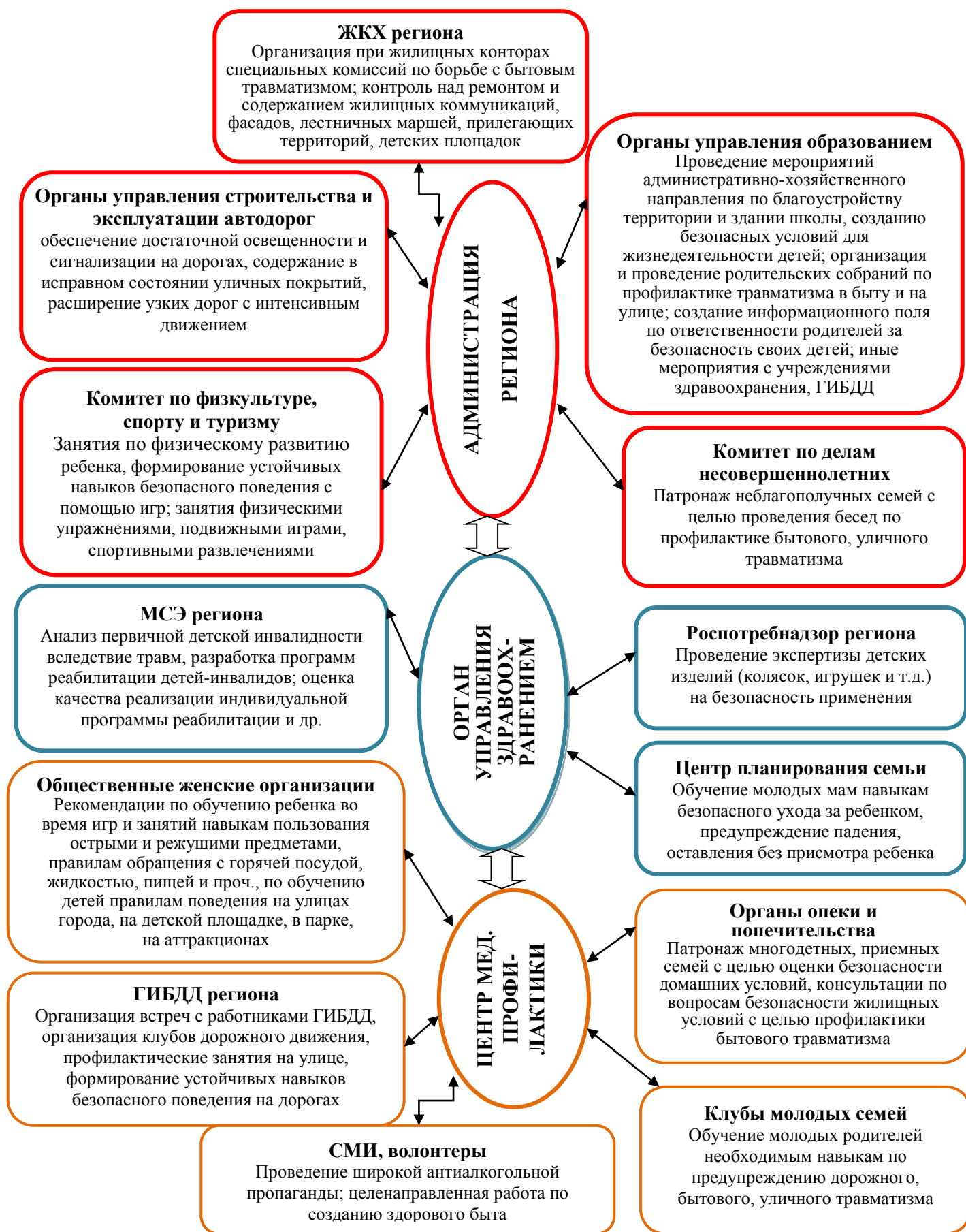


Рис. 1. Основные формы межведомственного сотрудничества

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 схема взаимосвязи уровней адаптации и видов реабилитации детей-инвалидов в этом возрасте.

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 уровнях: 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, реализация ролевого положения в семье (сын, дочь, родитель), умение пользоваться общественным транспортом, делать покупки и иные расчеты, пользоваться средствами связи, заниматься физической культурой, посещать учреждения культуры;

- *социально-бытовой реабилитации* – восстановление утраченных или приобретение новых навыков самообслуживания и деятельности в быту, 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.

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 согласованности в проведение реабилитационных мероприятий;

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

- действует реабилитационный центр для детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, где проводится комплексная социально-медико-психолого-педагогическая реабилитация;

- организовано диспансерное наблюдение травматологами-ортопедами 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;

- открыта школа-интернат для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, где проводится весь комплекс медико-социальных, физиотерапевтических и психолого-педагогических мероприятий, необходимых ребенку с ограниченными возможностями;

- 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» в клинической ординатуре;

- 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 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. 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 (Курская обл. – 0,7 на 10 тыс. населения; РФ – 0,4).

В заключении обобщаются основные результаты исследования, подводятся его итоги, которые свидетельствуют о решении поставленных задач.

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 населения 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, вызвавшейся 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. Рекомендуются использовать результаты исследования в учебных программах в системе до- и последипломого медицинского образования.

Список основных работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Гордова Л.Д. К вопросу детской инвалидности по Курской области вследствие травм опорно-двигательной системы (тезисы) /Л.Д. Гордова, Д.В. Сороколетов // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2009 - № 3/37 – С. 135-136.

2. Гордова Л.Д. Качественная оценка клинико-функциональных проявлений травм и заболеваний КМС на момент установления инвалидности (тезисы) / Д.В. Сороколетов, Л.Д. Гордова // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов – 2009 - № 3/37 – С. 162-163.

3. Гордова Л.Д. Использование федеральных медицинских стандартов при оказании медицинской помощи детям с травмами КМС (тезисы) / Л.Д. Гордова, М.Ю. Гордов // Материалы 74-й межвузовской итоговой научной конференции студентов и молодых ученых «Молодежная наука и современность» (21-22 апреля 2009 г.) – г. Курск – 2009 - С. 107-108.

4. Гордова Л.Д. Причины, приводящие к инвалидности детей с травмами КМС (на примере Курской области) (тезисы) / Л.Д. Гордова // Материалы 74-й межвузовской итоговой научной конференции студентов и молодых ученых «Молодежная наука и современность» (21-22 апреля 2009 г.) – г. Курск – 2009 - С. 108-109.

5. Гордова Л.Д. Показатель достижения предельно-оптимального уровня реабилитации детей-инвалидов вследствие травм (тезисы) / Л.Д. Гордова, Ю.Н. Кириченко, Д.В. Разиньков // Научно-практическая конференция по вопросам реабилитации инвалидов в Сибирском федеральном округе - г. Иркутск – 2010 – С. 58.

6. Гордова Л.Д. Анализ структуры и уровня детской инвалидности и проблем социализации детей инвалидов Курской области / Ю.Н. Кириченко, Л.Д. Гордова // Вестник всероссийского общества специалистов по МСЭ, реабилитации и реабилитационной индустрии - 2010 - № 3 - С. 40-44.

7. Гордова Л.Д. Пути снижения первичной инвалидности у детей вследствие травм ОДС (на примере Курской области) (тезисы) / Л.Д. Гордова, Г.М.

Дубровин // Сборник тезисов IX съезда травматологов-ортопедов - г. Саратов - 2010 - Том 1 - С. 33-34.

8. Гордова Л.Д. Пути повышения качества лечебно-реабилитационных мероприятий у детей-инвалидов с термическими поражениями / Л.Д. Гордова, Ю.Н. Кириченко, Д.В. Разиньков // Медико-социальная экспертиза и реабилитация – 2010 - № 4 - С. 48-49.

9. Гордова Л.Д. Использование метода нелинейной динамики при оценке результатов лечения детей с ЧМТ// Л.Д. Гордова, Ю.Н. Кириченко, Д.В. Разиньков // Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями - 2011 - № 1/2 - С.15-16.

10. Гордова Л.Д. Особенности реализации медико-социальной программы реабилитации детей-инвалидов / Ю.Н. Кириченко, Д.В. Разиньков, О.В. Бодрунова, Л.Д. Гордова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация – 2011 - № 1 - С. 10-11.

11. Гордова Л.Д. Роль матери и семьи в жизни ребенка-инвалида / Л.Д. Гордова, Ю.Н. Кириченко, Д.В. Разиньков //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. -2012 - № 4 - С. 10-11.

12. Гордова Л.Д. Влияние психологического статуса семьи на реабилитацию детей-инвалидов при травмах опорно-двигательной системы / Л.Д. Гордова // Материалы VII международной научной конференции молодых ученых медиков – г. Курск – 2013 – Том 1 - С. 308-310.

13. Гордова Л.Д. Влияние реабилитационного этапа лечения на снижение первичной детской инвалидности вследствие травм опорно-двигательной системы (на примере Курской области) / Л.Д. Гордова, Г.М. Дубровин // Материалы X юбилейного всероссийского съезда травматологов-ортопедов – г. Москва – 2014 - С. 498-499.

14. Гордова Л.Д. Качество медицинской помощи как основа снижения и профилактика детского травматизма в Курской области / Л.Д. Гордова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины - г. Москва - 2015 - Том 23 - № 4 - С. 21-24.

15. Гордова Л.Д. Отдельные аспекты совершенствования качества специализированной травматологической помощи детям в Курской области / Л.Д. Гордова // Сборник научных трудов по материалам межрегиональной конференции «Актуальные вопросы здоровья населения и организации здравоохранения в условиях ОМС» - г. Иркутск - 2018 - Том 2 - С. 37-40.

16. Гордова Л.Д. Актуальные вопросы совершенствования качества специализированной травматологической помощи детям в Курской области с целью снижения уровня детской инвалидности / Н.К. Гришина, Л.Д. Гордова // Мат. межд. научно-практ. конф.: Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом - г. Новосибирск - 2019 - № 6 - С. 26-29.

17. Гордова Л.Д. Планирование численности врачей-травматологов-ортопедов / А.Л. Линденбратен, В.М. Шипова, З.Б. Киндаров, Л.Д. Гордова, Н.К. Гришина // Журн. «Advances in Health Sciences Research» в рамках работы II Международного симпозиума «Инженерные науки и науки о Земле: прикладные и фундаментальные исследования» - г. Грозный - 2019 - № 16- С. 221-224. [Lindenbraten A.L., Shipova V.M., Kindarov Z.B., Grishina N.K., Gordova L.D. Planning of Trauma Orthopedist Population // Advances in Health Sciences Research, volume 16 (International Conference on Health and Well-Being in Modern Society (ICHW 2019)) 221-224 pp.]

18. Гордова Л.Д. К вопросу совершенствования организации специализированной медицинской помощи при детском травматизме в Курской области / Н.К. Гришина, Л.Д. Гордова, Н.Б. Соловьева // Материалы Всероссийской научно-практ. конф., посвященной 100-летию Иркутского государственного медицинского университета (1919-2019): Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации Сборник научных трудов по материалам межрегиональной конференции – г. Иркутск – 2019 - Том 1 - С.184-186.

19. Гордова Л.Д. Пути совершенствования качества специализированной травматологической помощи детям в Курской области с целью снижения уровня детской инвалидности / Л.Д. Гордова // Общественное здоровье и здравоохранение – г. Казань - 2019 - № 3 (63) –С. 84-87.

20. Гордова Л.Д. Актуальные вопросы совершенствования качества организации медицинской помощи детям с травмами в Курской области / Н.К. Гришина, Л.Д. Гордова // Научно-практ. журн. «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики» - Москва – 2019 - № 5 – С. 41-42.

21. Гордова Л.Д. Совершенствование качества организации и оказания медицинской помощи детям с травмами с целью снижения их инвалидизации / Н.К. Гришина, Л.Д. Гордова // Ежемесячный научно-практический журнал «Менеджер здравоохранения» - 2020 - № 2 - С. 35-42.