

Григович И.Н.

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В СТАЦИОНАРАХ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Петрозаводский государственный университет, кафедра педиатрии и детской хирургии, Петрозаводск, Карелия

Grigorovich I.N.

ESSENTIAL SURGICAL CARE PROVIDED TO CHILDREN IN HOSPITALS FOR ADULTS

Petrozavodsk State University, department of pediatrics and pediatric surgery, Petrozavodsk, Karelia

Резюме

В статье проводится анализ оказания неотложной хирургической помощи детям в стационарах для взрослых в Республике Карелия. Почти 60% детей с хирургическими заболеваниями, требующими неотложного вмешательства, оперируют в Центральном районных больницах общие хирурги. Недостаточные знания особенностей детского возраста приводят к большому количеству тактических и технических ошибок. 15 лет назад в регионе проведена регламентация районных лечебно-профилактических учреждений в зависимости от их возможностей оказания экстренной хирургической помощи детям разного возраста и состояния. Это позволило значительно улучшить результаты лечения таких больных.

Ключевые слова: организация хирургической помощи, детская хирургия, стационары для взрослых, дети

Abstract

The article analyzes the procedure of rendering essential surgical care to children in hospitals for adults in Karelia. Almost 60% children suffering from surgical diseases that require urgent surgery are operated by general surgeons at central regional hospitals. A vast number of tactical and technical mistakes are made due to insufficient knowledge of peculiarities seen in children. Regulation of regional medical and prophylactic institutions was done in the region 15 years ago depending on their possibilities to render urgent surgical care to children at different ages and in different conditions. This enabled significant improvement of treatment results for these patients.

Key words: organization of medical care, pediatric surgery, hospitals for adults, children

Тревожные симптомы профессионального неблагополучия связаны со сложным положением всей национальной медицины. Пожалуй, стоит начать с неотложной детской хирургии и травматологии – наиболее драматичных как по результатам (осложнения, инвалидизация, летальность), так и по откликам населения (жалобы, публикации в СМИ, судебные разбирательства). Неотложная хирургия всегда являлась важным показателем состояния всей хирургической службы. Какими бы не были достижения в различных разделах специализированной хирургии, неблагополучие в неотложной помощи хирургическим больным снижает общее представление о состоянии хирургии в стра-

не или регионе. И это понятно – ведь специализированную помощь оказывают специалисты, а неотложная – удел хирургов лечебных учреждений всех уровней, включая любую районную больницу. Все сказанное относится в полной мере и к неотложной хирургии детского возраста.

В большинстве северо-западных и восточных регионов России помощь детям с острыми хирургическими заболеваниями оказывается в 40–50% случаев общими хирургами районных больниц. К исключениям можно отнести новорожденных, ими занимаются педиатры и, заподозрив хирургическую патологию, сразу связываются с детскими хирургами регионального центра. Что касается де-

тей более старшего возраста с острыми хирургическими заболеваниями и травмами, то ими, как правило, занимаются общие хирурги и травматологи районной больницы. С детьми они встречаются редко, так как районы у нас малонаселенные, и потому каждый ребенок, особенно младшего возраста (до 3 лет), для хирурга и травматолога, постоянно работающих со взрослыми, всегда серьезная диагностическая и лечебная проблема.

Многое изменилось за последние 30 лет в лечебно-диагностическом процессе при оказании помощи детям с неотложной хирургической патологией. Применение современных лучевых методов (УЗИ, СКТ, МРТ), эндоскопических методов, экспресс-лабораторных методик значительно сократило время и повысило точность распознавания большинства экстренных и срочных заболеваний во всех периодах детского возраста. Большие изменения произошли также в методах лечения. Во-первых, и это самое важное, при ряде заболеваний резко сузились показания к оперативному лечению.

Примером является инвагинация кишечника, которая в наши дни у 95–97% детей излечивается консервативно. Примерно такие же результаты достигнуты при закрытых повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости, даже тогда, когда такие травмы сопровождаются интраабдоминальным кровотечением. Реже стали производить диагностическую лапаротомию при невозможности исключить острый аппендицит или другое острое хирургическое заболевание пищеварительного канала. В тех же случаях, когда операция все-таки необходима, стали пользоваться эндоскопическими технологиями, что уменьшило развитие спаечного процесса в брюшной полости и резко сократило количество пациентов с ранней и поздней спаечной непроходимостью кишечника. Все реже производится так называемый «туалет» брюшной полости, т.е. мытье брюшной полости при распространенных перитонитах с дренированием различных отделов брюшной полости трубками и марлевыми тампонами. Ушли от бесполезного внутривентрального введения антибиотиков, да и антибиотики стали выбирать в зависимости от результатов бактериологического исследования у каждого конкретного больного.

Можно перечислить еще много изменений, которые используют детские хирурги в современной неотложной хирургии. Подчеркнем, именно детские

хирурги, а не общие хирурги в Центральных районных больницах (ЦРБ), которые, как было сказано, оказывают неотложную помощь примерно 40–60% (!!!) детей. Не все из них, но многие все делают так, как они привыкли делать у взрослых пациентов. К сожалению, мы не можем привести точные цифры того, как оказывается помощь детям в ЦРБ регионов, так как вот уже более 20 лет в годовых отчетах районных хирургов отсутствует в «Форме 30» («Неотложная хирургическая помощь») графа «из них у детей до 15 лет». Правда, теперь к детям относят подростков до 17 лет включительно. Следовательно, почти два десятка лет в РФ отсутствует информация о количестве детей с острой хирургической патологией органов брюшной полости, сроках их поступления и выполнения операций, а также сведения об осложнениях и исходах примерно у половины детей с этой патологией. Такая статистика имеется только в отчетах детских хирургических отделений, т.е. организаторам здравоохранения в РФ известно только 50% сведений о летальности детей от экстренной хирургической патологии. Но даже эти 50% неизвестны главным специалистам в регионах, и потому не могут быть ориентиром для проведения необходимых мероприятий в своей «епархии».

Мы коснулись лишь неотложной абдоминальной хирургии. Но к неотложной хирургии относятся также гнойно-воспалительные заболевания костей, суставов, мягких тканей. При этих заболеваниях нередко возникают тяжелые осложнения, заканчивающиеся неблагоприятным исходом или инвалидностью. А детская травма, и не только костная, но и термическая, черепно-мозговая, политравма? В этих разделах такая же картина, как и в неотложной абдоминальной хирургии: в ЦРБ дети с травмой не выделяются в отчетах, следовательно, не могут быть подвергнуты детальному анализу (причины, диагностика, лечение, осложнения, летальность). Кстати, количество травмированных детей увеличивается с каждым годом, о чем свидетельствуют такие федеральные показатели, как «Детская заболеваемость» и «Детская смертность». Среди причин этих двух показателей 2–3-е рейтинговые места занимают «Внешние причины», т.е. травмы, отравления, убийства, самоубийства, без расшифровки.

Как главные специалисты регионов и всей России могут разрабатывать мероприятия по улучшению этих показателей, если им неизвестны кон-

кретные причины? В одном регионе это могут быть транспортные травмы, в другом – жестокое обращение в семье, в третьем – школьные травмы. Подобные трудности испытывают и областные и республиканские главные хирурги, которые не знают причины поздних поступлений больных с неотложными хирургическими заболеваниями, поздних операций, причины осложнений и т. д.

Считаю целесообразным кратко коснуться критериев «позднего поступления», принятых в наших историях болезни стационарных больных (независимо от возраста пациента). Во-первых, в РФ таким временным критерием было 24 часа от начала заболевания или получения травмы. В то же время, если взять за эталон «острый аппендицит», то для взрослого больного с этим заболеванием действительно в большинстве случаев 24 часа – это время наступления осложнений. А у ребенка 3 лет с острым аппендицитом это приближение к полиорганной недостаточности. Во-вторых, в наших историях болезни все неотложные хирургические заболевания обозначаются одним термином – «экстренный». Но это неправильно. Среди неотложных больных есть те, у которых на оказание оперативной помощи отпущены минуты (массивное внутриполостное кровотечение, полная обструкция трахеи, обструкция жизненно важного сосуда и др.). Таких пациентов хирурги вынуждены оперировать вне операционной, порой пренебрегая асептикой.

Другая группа неотложных больных может нуждаться в нескольких часах предоперационной подготовки (распространенный перитонит с высокой лихорадкой или с олигурией, непроходимость кишечника также с нарушением гомеостаза и др.). Первая группа – это истинно экстренные больные, а для второй целесообразно использовать определение «срочный». Это позволяет правильно оценивать время оказания помощи, результаты лечения, частоту осложнений. Хотя с точки зрения русского языка оба термина синонимы. В этой связи хочется привести слова великого французского мыслителя XVI века Рене Декарта: «Верно определяйте слова, и вы освободите мир от половины недоразумений».

Результаты лечения гнойной хирургической инфекции неполостной локализации также находятся в прямой зависимости от времени распознавания и начала лечения, в том числе и оперативного. Но, к сожалению, гнойную хирургическую инфекцию даже костно-суставной локализации никто в от-

четах не относит к группе неотложных состояний и поэтому не подсчитывает часы от начала заболевания до поступления и от поступления до выполнения операции. Патологоанатомы хорошо знают и с давних пор до сегодняшнего дня говорят и пишут, что смерть каждого 2–3-го ребенка от любого хирургического заболевания обусловлена инфекцией. Это может быть инфекция, развившаяся у больного, ослабленного основным неинфекционным заболеванием или перенесенной операцией, но может оказаться и результатом метастазирования в жизненно важные органы из скрытого или явного гнойного очага, или поражением этих же органов токсическими продуктами деятельности микроорганизмов, т. е. развитием полиорганной недостаточности – сепсиса.

Удивительно, что, несмотря на столь серьезное влияние гнойной инфекции на исходы лечения хирургических больных, отношение к ней со стороны общих хирургов остается весьма пренебрежительным. Вся надежда возлагается на антибактериальные препараты, а поиск очага и его санация производятся, как правило, с опозданием, когда очаг «заявляет» о себе столь ярко, что не заметить его просто невозможно. Хотя нет, возможно, если помнить, что не все классические признаки местного воспалительного очага обнаруживаются при первичном осмотре. Ведь должны быть: болезненность, краснота, припухлость, повышение местной температуры и нарушение функции, а в наличии – только болезненность и нарушение функции, а то и один признак – болезненность. При глубоком очаге, расположенном, например, в ягодичной области или на бедре, гиперемия кожи, повышение местной температуры, припухлость появятся только через несколько дней. А как определить у лежачего пациента нарушение функции ягодицы? Вот и ждет хирург полного набора иногда неделю, а за это время очаг делает свое черное дело.

По-прежнему к нам доставляют из районов больных с запущенной гнойной хирургической инфекцией, которых смотрели общие хирурги и не распознали своевременно «свое» заболевание. Проведенный в 2005 году анализ 5100 детей с гнойно-воспалительными заболеваниями костей, суставов и мягких тканей, поступивших в отделение хирургической инфекции Республиканской детской больницы Карелии за 20 лет, показал, что 80% поступили через 6 и более суток (!) от начала забо-

лечения. Более 70% наблюдались и «лечились» общими хирургами ЦРБ и направлялись к нам, когда состояние пациентов ухудшалось [1]. А в 2014 году в одном из наших районов погиб 16-летний подросток от нераспознанного острого гематогенного остеомиелита бедра. Общий хирург упорно занимался пункцией коленного сустава, получая ежедневно по 50–100 мл «мутной жидкости» на фоне все ухудшающегося общего состояния, но ни разу не обратился за помощью ни к детским, ни к общим опытным хирургам регионального центра.

Однако тревоги наши связаны не только с неотложной детской хирургией и травматологией. Как уже было сказано ранее, неотложные состояния более драматичны и резонансны по своим последствиям. В ЦРБ дети оперируются общими хирургами и в плановом порядке, например при таких заболеваниях, как грыжи передней брюшной стенки, водянки семенного канатика и при некоторых других заболеваниях, относящихся к так называемой «малой хирургии». Статистика этих вмешательств нам также неизвестна, за исключением тех случаев, когда районные хирурги направляют к нам тех пациентов, у которых возникают послеоперационные осложнения или рецидивы заболевания. Тогда и выясняется, каким методом их оперировали и почему у них возникли осложнения или рецидивы.

Несовершенная (мягко выражаясь) профессиональная статистика – это лишь часть огромной проблемы тяжело болеющего российского здравоохранения. Конечно, статистика существует, пишется громадное количество отчетов, но когда возникает нужда узнать что-то конкретное по своей специальности, то найти такие сведения невозможно. Вина в этом как региональных, так и главных федеральных специалистов, которые, видимо, не заказывают достаточное количество сведений по своему профилю. Поэтому в своих публикациях по различным разделам детской хирургии, когда нужно сравнить результаты своего труда с данными коллег, мы вынуждены приводить цифры из иностранных источников, чаще из американских и европейских журналов, так как у них статистика заболеваемости, осложнений и смертности по каждой нозологии публикуется почти ежегодно.

Однако, говоря о тревогах нашей специальности, не могу не коснуться таких важнейших разделов, как правовые вопросы работы врача

и, конечно же, нравственных проблем, которые в сегодняшней отечественной медицине выходят на ведущие позиции.

Речь пойдет о юридическом статусе районного общего хирурга (в официальных документах – «Врач-хирург»), работающего в этой должности в периферийной центральной районной или просто районной больнице (ЦРБ, РБ). И если работа детского хирурга регламентирована директивными документами [2], то в роли общего хирурга при оказании помощи детям, как будет видно из дальнейшего изложения, полная неразбериха, а ведь они лечат до 50% и выше детского населения в своих районных больницах.

Как уже было сказано ранее, в северных и восточных регионах РФ, в частности в нашем регионе, мощность таких больниц варьирует от 100 до 200 коек, хирургические отделения – от 20 до 40 коек. Работающих в них общих хирургов – 2–3 человека. Расстояния от такой больницы до областного или республиканского специализированного центра от 200 до 700 км. В такую больницу могут поступить (и поступают) больные в любое время суток, любого возраста с разнообразной патологией, требующей экстренной хирургической помощи. Это может быть закрытая травма органов брюшной или грудной полостей, внутричерепная гематома, разрыв почки, сложный перелом и т.д. Имеет ли право хирург такой ЦРБ оперировать этих больных? В действующем приказе Минздрава России от 23.07.2010 г. [3] написано, что всю вышеперечисленную патологию общий хирург должен «ЗНАТЬ», а вот должен ли он «УМЕТЬ» лечить, не сказано. В реальной жизни хирурги поступают по-разному, в зависимости от обстоятельств, личного опыта и ответственности. Если все заканчивается благополучно, то «победителей не судят», а в случае неблагоприятного исхода хирург может подвергнуться наказанию, так как он не имел сертификата по соответствующей специальности, следовательно, нарушил Закон. Вся эта ситуация порождает массу недоразумений и не способствует и без того напряженной работе хирурга районной больницы. Мы пытались консультироваться в региональном и федеральном Минздравах, надзирающих организациях, но четкого ответа не получили.

Появившееся в новом Законе «Об основах охраны здоровья граждан...» [4] разделение оказания

скорой медицинской помощи на «скорую» и «неотложную» прибавило головной боли и детским хирургам. Стали поступать дети с неотложной абдоминальной патологией в поздние сроки, так как диспетчеры «скорой» по телефону решают вопрос, выезжать к ребенку с болями в животе сразу, или передать этот вызов в неотложку, или вообще отложить на посещение участкового педиатра на следующий день. Даже в специализированном детском стационаре опытные детские хирурги у постели больного не могут разобраться с больным несколько часов, а тут диспетчер скорой помощи (в ЦРБ это чаще всего не врач, а фельдшер) решает судьбу ребенка за 10 минут телефонных переговоров с родителями.

Как ни печально об этом говорить, но сегодняшние условия работы части периферийных районных хирургов мало отличаются от условий уже далеких 50-х годов XX века. Кадровый дефицит, устаревшее оборудование, плохие условия работы в старых зданиях и примитивные социальные условия, в которых живут врачи. Мое поколение все это вкусило в своей молодости, но... Мы также имели за плечами только диплом «врача-лечебника», а тем, кому пришлось работать по хирургическим специальностям, добавилась 6-месячная специализация (общий хирург, акушер-гинеколог, травматолог). И мы вот с таким «богатым» багажом делали в экстренных ситуациях все, что было возможным в наших условиях. Конечно, мы испытывали волнение, и даже было страшно, но это был страх за жизнь больного, а не страх наказания.

Все ли шло у нас гладко? Разумеется, нет. Совершали ошибки, получали осложнения и теряли пациентов. Переживали, иногда отчаивались, но старались и с болью в душе продолжали работать. Интересно, что в те времена пострадавшие от наших ошибок больные или их родственники тоже в большинстве случаев относились с пониманием к нашим неудачам. В суды тогда не обращались, а если писали жалобы, то удовлетворялись административными мерами наказания провинившегося со стороны руководителей больниц, разборами на конференциях. Правда, случались и очень строгие наказания: увольнения, отстранение хирурга от операций и очень редко – передача материалов в правоохранительные органы. Но это происходило действительно редко и за явную халатность. В большинстве же случаев

сами виновники испытывали муки совести, и это заставляло анализировать случившееся, обращаться к умным книгам и даже публиковать свои неудачи в периодической печати. Можно вспомнить, что в те времена в каждом специализированном журнале был раздел «Ошибки и опасности», где печатались подобные истории болезни. Вот уже лет 20, как подобные разделы в журналах отсутствуют. Да и журналы в те времена по своим специальностям выписывали почти все врачи. Такое отношение к ошибкам очень помогало коллегам. Сегодня же эта давняя врачебная традиция ушла из-за страха быть сурово и далеко не всегда справедливо осужденным. Ведь те, кто судят, считают, что в юриспруденции нет понятия «врачебная ошибка», а есть умышленное или неумышленное преступление. Судью не интересует, сколько ты учился своей специальностью, какой у тебя опыт, какие условия работы в учреждении, где ты трудишься. Для него главное – «виновен» или «невиновен». Да еще и в законах и приказах «минздравов» о твоих правах и обязанностях так неясно сказано, что виновным все равно окажется врач. В то же время неправильные действия врачей были, есть и будут.

Часто ли в практике врача допускаются неправильные действия, отражающиеся на состоянии здоровья пациента? Сразу огорчу читателя – часто. Американский терапевт Ричард Ригельман в своей книге «Как избежать врачебных ошибок?» [5] по этому поводу написал следующее: «Если вы никогда не совершали ошибок, повлекших за собой осложнения и смерть больного, значит, вы занимаетесь медициной недавно». Получается, что ошибки сопровождают работу врача всю его жизнь, и начало им было положено с момента зарождения врачевания и не зависело от опыта и известности допустившего их врача. Осуждение врача за ошибку с широким обсуждением его действий в СМИ еще до профессиональной экспертизы и даже суда не способствует улучшению врачебной деятельности.

Большинство ошибок, допускаемых общими хирургами при оказании помощи детям с неотложными хирургическими состояниями, происходит не потому, что хирург не хочет помочь больному, а потому, что не оценивает свои возможности и возможности лечебного учреждения, в котором он работает. Выполнение задач, поставленных пе-

ред хирургом стационара, – процесс чрезвычайно сложный и зависит от многих обстоятельств, которые в сумме относятся к важной составляющей успешного результата лечебно-диагностического процесса, а именно – к РЕГЛАМЕНТАЦИИ.

Что же такое регламентация? «Регламент» (от французского *regle* – порядок) – это «совокупность правил, определяющих порядок действий». Конечным результатом является УРОВЕНЬ ПОМОЩИ, который может быть выполнен данным хирургом данному больному ребенку в данном лечебном учреждении [6].

Для построения более или менее четкой системы регламентации необходимо провести оценку стационарных лечебных учреждений, в которые поступают дети с неотложными хирургическими заболеваниями, оценку специалистов, принимающих участие в лечебно-диагностическом процессе этой категории больных, и, конечно же, найти критерии оценки самих пациентов.

Как показывает опыт, периферийные районные больницы даже в одном регионе, а регионов в России 85 (на начало 2017 года), могут значительно отличаться друг от друга: по количеству коек (от 100 до 400), оборудованию и квалификации специалистов. К сожалению, ЛПУ данного уровня могут различаться даже по уровню цивилизации (с полным водоснабжением, канализацией и отоплением или со старинными рукомойниками и туалетами во дворе). Поэтому следует попытаться оценить возможности таких больниц в оказании неотложной хирургической помощи детям. Такую оценку должен сделать каждый главный детский хирург для своего региона, так как подобная унификация для всей страны невозможна из-за многочисленности вариантов районных ЛПУ. Пятнадцать лет тому назад мы выполнили такую работу для ЦРБ в нашей республике [7].

Все стационарные лечебные учреждения по УРОВНЮ ПОМОЩИ (УП) детям с неотложными хирургическими состояниями были разделены условно на 3 уровня.

I уровень (самый высокий) – республиканская или областная детская специализированная больница, в которой может быть оказана экстренная, срочная и плановая хирургическая помощь ребенку любого возраста, включая новорожденных, по всем хирургическим специальностям. В городах-«миллионниках» таких учреждений мо-

жет быть несколько, включая больницы городского подчинения. В Республике Карелия, например, это Республиканская больница в г. Петрозаводске на 400 коек, оказывающая все виды хирургической помощи, кроме кардиохирургической.

II уровень – детское хирургическое отделение в крупной городской или межрайонной больнице для взрослых. В таком стационаре, как правило, имеются квалифицированные общие детские хирурги, детские специалисты по анестезиологии и интенсивной терапии, а также специалисты по обследованию детей на современном оборудовании. В таком детском хирургическом отделении осуществляется практически весь объем квалифицированной помощи по неотложной хирургии детям всех возрастных групп, кроме новорожденных. В нашей республике таких отделений пока нет.

III уровень – хирургическое отделение для взрослых в центральных районных больницах, в которых оказывается помощь и детям. Таких лечебных учреждений в России очень много, и в них получают экстренную и срочную хирургическую помощь около 60% детей РФ.

Данная группа – самая сложная по причинам, о которых было сказано ранее. В Республике Карелия 17 районов, в каждом из которых имеется ЦРБ с хирургическим отделением, но в 5 из них всего один или два хирурга, отсутствуют анестезиологи, оборудование устаревшее. Поэтому в них может быть оказана только первичная хирургическая помощь: остановка кровотечения, дренирование напряженного пневмоторакса и т.п. Еще в 4 крупных ЦРБ работают опытные общие и детские хирурги, хотя детские койки в этих отделениях не выделены, среди анестезиологов имеются специалисты, получившие подготовку по работе с детьми. Больницы имеют вполне современное оборудование, но ни среди эндоскопистов, ни среди специалистов по лучевой диагностике нет врачей, знающих особенности педиатрических больных. В этих же больницах имеются современные лаборатории и детские отделения с опытными педиатрами. Между этими двумя разновидностями ЦРБ оказались еще 8 ЦРБ, чьи возможности оказания помощи детям с острой хирургической патологией не отвечают стандартным требованиям современной медицины по одному или нескольким из перечисленных компонентов. В этих ЛПУ может не быть опытного хирурга, или анестезиолога, или педиатра, или воз-

возможности лаборатории ограничены, и т.п. Причем возможности эти могут меняться в течение 1 года от улучшения до ухудшения, и наоборот, – в зависимости от кадров и оборудования.

Таким образом, все ЦРБ нашего региона (III уровень) по УП детям с неотложными хирургическими состояниями могут быть регламентированы на 3 подуровня (1, 2 и 3). Принцип разделения – от высокого к низкому. Но, как было сказано ранее, в регламентации нуждаются не только специалисты и лечебные учреждения, но и сами больные.

Пациенты были разделены по возрасту и тяжести состояния – с нарушением гомеостаза или с сопутствующей патологией, которая может оказать влияние на процесс лечения и на исход:

1. Новорожденные без учета других критериев.
2. Дети раннего возраста:
 - А. Без нарушения гомеостаза или без сопутствующей патологии со стороны жизненно важных органов.
 - Б. С нарушениями гомеостаза и/или с сопутствующей патологией со стороны жизненно важных органов.
3. Дети старше 3 лет, которые так же, как и дети раннего возраста, подразделяются на группы А и Б.

В нашу задачу не входит обсуждение оказания неотложной хирургической помощи в детских специализированных больницах. Что касается детских хирургов, работающих в детских хирургических отделениях крупных межрайонных или районных больниц для взрослых, то их все-таки следует предостеречь от оперирования новорожденных. Этот возраст (а не патология, которая у них может быть) – удел центров со специалистами по неонатальной хирургии.

Основная забота главных внештатных региональных детских хирургов – общие хирурги в ЦРБ, т.е. III УП. Определим их возможности по названным выше критериям.

III (1) УП. В таком лечебном учреждении может быть оказана лечебно-диагностическая помощь детям раннего и более старшего возраста, в том числе и с нарушением гомеостаза. В такой больнице не должна оказываться помощь только новорожденным. Однако в тех случаях, когда больной младше 3 лет, то после обследования и принятия решения о лечебных мероприятиях, но до начала их выполнения, хирург и анестезиолог должны по-

звонить в региональный детский хирургический центр и посоветоваться по поводу результатов обследования и плана лечения. Это связано с тем, что дети раннего возраста в практике больниц такого уровня встречаются редко. Все дети должны быть осмотрены педиатром.

III (2) УП. В больнице этого уровня не должна оказываться радикальная хирургическая помощь детям до трех лет, независимо от состояния их гомеостаза, и детям старшего возраста с нарушением гомеостаза. Обо всех детях до 3 лет с подозрением на острую хирургическую патологию и детях старшего возраста с нарушениями гомеостаза необходимо звонить в региональный хирургический центр. Осмотр всех детей педиатром ЦРБ обязателен сразу после поступления.

III (3) УП. Оказывается только первичная хирургическая помощь, если ребенок в ней нуждается. Осмотр педиатра также обязателен. О каждом поступившем ребенке любого возраста и в любом состоянии звонят в региональный центр детским хирургам, анестезиологам и педиатрам. Дежурная бригада врачей специализированной детской больницы решает возникшие организационные вопросы. Вариантов решения обычно бывает несколько. Выезд (вылет) бригады специалистов в данную ЦРБ и оказание помощи на месте, оказание помощи для достижения состояния, позволяющего забрать больного на центральную базу и там проводить основные лечебные мероприятия; транспортировка ребенка (если возможно) в ближайшую ЦРБ III (1) УП. Самый сложный вариант, когда по техническим причинам невозможен выезд бригады и транспортировка больного с патологией, не имеющего резерва времени. Такое случалось редко, но тогда приходилось «лечить по телефону».

Законно спросить автора: удалось ли внедрить приведенную выше регламентацию в практическое здравоохранение своего региона и насколько она эффективна?

В качестве обязательного стандарта внедрить эту систему не удалось. Причин несколько. Первая и основная из них – это отсутствие каких-либо административных документов регионального Минздрава (приказы, распоряжения и др.), которые требовали бы выполнения регламентации в качестве обязательного стандарта в работе районного хирурга. Остальные причины носят объективный и субъективный характер. К ним можно

отнести: частую смену кадров хирургов в районах; амбициозность некоторых хирургов, считающих, что их опыт позволяет самим определять свои возможности; нежелание в каждом конкретном случае обращаться к нашим методическим рекомендациям по выполнению стандартов диагностики и лечения.

За последние годы произошли существенные изменения в порядке организации и оказания медицинской помощи, обусловленные кризисными явлениями в экономике страны, переходом к одноканальной (страховой) системе финансирования здравоохранения, его неоднозначной оптимизацией. Результаты исследования В.М. Розина, Н.Н. Ваганова, О.С. Горбачева (2016) свидетельствуют о существенном снижении индикаторов, характеризующих обеспеченность детского населения России кадрами специалистов хирургического профиля и соответствующим коечным фондом [7]. Эти процессы характерны для всех уровней оказания медицинской помощи детям, но наибольшую опасность по своим последствиям они представляют для детей, получающих хирургическую помощь в районных больницах. В имеющейся 2–3-уровневой системе оказания неотложной хирургической помощи детям основная роль отводится региональным (областным, республиканским, краевым, окружным) центрам детской хирургии, многие

из которых не располагают необходимыми силами и средствами – для оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации. Одним из путей решения данной проблемы может стать налаженная телемедицинская связь между центральными клиниками и ЦРБ [9, 10], другим – привлечение территориальных центров медицины катастроф к организации очных консультаций специалистов и проведению медицинской эвакуации [11, 12].

Таким образом, в заключение можно сказать, что организация хирургической помощи детям в различных регионах должна строиться в первую очередь на разработке нормативно-правовой базы, регламентирующей планирование системы этапной неотложной хирургической помощи детям в соответствии с утвержденными порядками и стандартами медицинской помощи, учитывающей мощность и кадровый состав ЛПУ, демографические особенности детского населения, определение маршрутизации больных и другие особенности региона. Особая роль отводится главному детскому хирургу региона, который должен организовать консультативную службу, анализировать ошибки, допускаемые хирургами в районах, решать кадровые вопросы и проблемы распределения оборудования, планировать учебу для общих хирургов по особенностям детской хирургии.

Литература

1. Организация лечебно-диагностического процесса при острых гнойно-воспалительных заболеваниях у детей // Григович И.Н., Пяттоев Ю.Г. Актуальные вопросы клинической хирургии: Материалы научно-практической конференции хирургов ЦФ округа РФ. Ярославль, 2008. С. 21–23.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 октября 2012 г. № 562н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия»; <http://base.garant.ru/70285816/>.
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями); <http://base.garant.ru/12191967/>.
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»; <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8959>.
5. Григович И.Н. Регламентация помощи детям с острыми хирургическими заболеваниями в общих хирургических отделениях для взрослых // Хирургия, 2009. № 12. С. 38–42.
6. Ригельман Р.Л. Как избежать врачебных ошибок (Minimizing Medical Mistakes). Москва, 1994.
7. Григович И.Н. Неотложная хирургическая помощь детям в больнице для взрослых // Вестн. хирургии им. Грекова, 2001. № 3. С. 35–38.

8. *Розин В.М., Ваганов Н.Н., Горбачев О.С.* Детская хирургия России – предварительные итоги оптимизации // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, 2016. Т. VI. №3. С. 8–13.
9. *Мурашко М.А.* Перспективы развития телемедицинских технологий в рамках региональной модели совершенствования здравоохранения // Вестник Росздравнадзора, 2013. №5. С. 50–60.
10. *Петлах В.И., Окулов Е.А.* Роль телемедицинских консультаций при оказании высокотехнологичной медицинской помощи детям в хирургическом стационаре // Здравоохранение, 2013. №11. С. 62–67.
11. *Антонов В.М., Горский А.Н., Кукушкин А.Н., Анфиногенов А.Л., Жерлицина Л.Г.* Организация работы выездной бригады реанимации новорожденных на базе территориального центра медицины катастроф Ярославской области // Медицина катастроф, 2006. №1–2. С. 52–53.
12. *Цап Н.А., Попов В.П.* Организация оказания специализированной медицинской помощи детям, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на автомобильных дорогах Свердловской области // Медицина катастроф, 2010. №3. С. 45–47.

Reference

1. The organization of the medical-diagnostic process in acute purulent-inflammatory diseases in children // Actual issues of clinical surgery: Materials of the scientific-practical conference of surgeons of the Central Federal District of the Russian Federation. Yaroslavl. 2008. P. 21–23 // Grigovich I.N., Piattoev Iu.G. (in Russian).
2. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of October 31, 2012 N 562n «On approval of the order of rendering medical assistance on the profile of» pediatric surgery» (in Russian); <http://base.garant.ru/70285816/>.
3. Federal Law of November 21, 2011 №323-FZ «On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation» (as amended) (in Russian); <http://base.garant.ru/12191967/>.
4. Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of July 23, 2010 №541n «On approval of the Single qualification reference book for positions of managers, specialists and employees, section» Qualification characteristics of positions of employees in the field of health» (in Russ.); <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8959>.
5. *Grigovich I.N.* Regulation of care for children with acute surgical diseases in general surgical departments for adults // Khirurgiya, 2009. №12. P. 38–42 (in Russian).
6. *Rigelman R.L.* How to avoid medical errors (Minimizing Medical Mistakes). Moscow, 1994 (in Russian).
7. *Grigovich I.N.* Urgent surgical care for children in the hospital for adults // Vestn. khirurgii im. Grekova. 2001. №3. P. 35–38 (in Russian).
8. *Rozinov V.M., Vaganov N.N., Gorbachev O.S.* Children's Surgery of Russia – preliminary results of optimization // Rossiyskiy vestnik detskoj khirurgii, anesteziologii i reanimatologii. 2016. V. VI. №3. P. 8–13 (in Russian).
9. *Murashko M.A.* Prospects for the development of telemedicine technologies in Framework of the regional model for improving health // Vestnik Roszdravnadzora. 2013. №5. P. 50–60 (in Russian).
10. *Petlakh V.I., Okulov E.A.* The role of telemedicine consultations in providing high-tech medical care to children in a surgical hospital // Zdravookhranenie, 2013. №11. P. 62–67 (in Russian).
11. *Antonov V.M., Gorskii A.N., Kukushkin A.N., Anfinogenov A.L., Zherlitsina L.G.* Organization of the mobile brigade resuscitation of newborns on the basis of the territorial center of medicine of catastrophes of the Yaroslavl region // Medicina katastrof. 2006. №1–2. P. 52–53 (in Russian).
12. *Tsap N.A., Popov V.P.* Organization of rendering specialized medical assistance to children, affected by road accidents on the roads of the Sverdlovsk Region // Medicina katastrof. 2010. №3. P. 45–47 (in Russian).

Авторы

**ГРИГОВИЧ
Игорь Николаевич**

Доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой педиатрии и детской хирургии, Петрозаводский гос. университет (Петрозаводск, Карелия). 185910, Россия, Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр. Ленина, 33. E-mail: igrigovich@yandex.ru