

Н.А. Цап, И.П. Огарков, В.П. Попов

ИНТЕГРАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Кафедра детской хирургии УГМА
Детская городская клиническая больница №9
Территориальный Центр медицины катастроф*

Проблема эффективного медицинского обеспечения пострадавших (механическая, термическая травма) и тяжелых больных на до – и госпитальном этапе сохраняет свою актуальность не одно десятилетие [1, 2, 5]. Служба медицины катастроф привлекается часто к ситуациям, которые не могут быть отнесены к истинным чрезвычайным ситуациям, условно обозначаемым термином «событие риска», а основным гарантом сохранения жизни и здоровья населения являются многопрофильные больницы [2, 3]. Использование интегрированной системы лечебно-эвакуационных мероприятий для оказания экстренной помощи – важный фактор обеспечения государством прав ребенка [4].

На протяжении более чем 60-летнего периода, с момента организации в городе Свердловске-Екатеринбурге и Свердловской области детской хирургической службы были различны во временной динамике её объёмы, силы и средства для оказания экстренной хирургической и реаниматологической помощи детям, что непосредственно зависело от ряда условий: развитие госпитальной базы детской хирургии, разработка, организация и практическое внедрение деятельности областной службы скорой медицинской помощи (санитарной авиации), в том числе и детям. Организационная схема оказания помощи детям с хирургической патологией в нашем крупном по территориальным масштабам регионе зависит от структуры и детской, и общехирургической службы, от эффективности внедрения принципов этапности и преемственности оказания первичной, квалифицированной и специализированной хирургической помощи детям.

Инфраструктура оказания экстренной реанимационной, хирургической помощи детям в муниципальных медицинских учреждениях имеет существенный, обоснованный объективными причинами, дефект: общехирургические отделения не обеспечены ни профильными специалистами, ни современными высокотехнологичными методами диагностики и оперативного лечения детей, тем более в круглосуточном режиме. Следовательно, дети с механической и термической травмой, госпитализированные в ЦРБ и ЦГБ, нуждаются в лечебно-

консультативной помощи детского хирурга и реаниматолога практически в постоянном, непрерывном режиме, что и лежит в основе воздействия на управляемые причины смертности и инвалидности детей, а именно: устранение диагностических, тактических и лечебных ошибок, снижение летальности. Сложность выполнения этой задачи состоит в территориальной отдаленности первичного госпитального звена от многопрофильных больниц, имеющих все разделы детской хирургии.

Цель – создание в Свердловской области системы оказания своевременной, доступной специализированной помощи детям с хирургическими заболеваниями и травматическими повреждениями в полном объеме для спасения жизни каждого ребенка, предупреждения детской инвалидности и снижения детской смертности.

Задачи

1. Рациональное и интенсивное использование имеющихся ресурсов здравоохранения субъекта РФ.
2. Интеграция кадровых и лечебно-диагностических возможностей многопрофильных детских клинических больниц и информационно - консультативных и лечебно-эвакуационных возможностей ТЦМК.
3. Разработка концепции и внедрение организационной формы оказания экстренной реанимационной и хирургической помощи детям в муниципальных образованиях Свердловской области, обеспечивающей этапность и преемственность диагностики и лечения с максимальным использованием высокотехнологичных методов.
4. На основе системного подхода усовершенствовать модель структуры, управления и принятия тактических решений, методики лечебно - эвакуационных мероприятий детей с неотложными состояниями.

На территории Свердловской области активно реализуется деятельность объединенной региональной структуры: 1) муниципальные медицинские учреждения, 2) ТЦМК и его межрайонные филиалы, 3) ДГКБ №9, и в меньшей степени ОДКБ. Внедренная модель структуры, управления и тактики экстренной реанимационной и хирургической помощи детям области, по сути, сформировалась как территориальный стандарт (приказ № 650-п МЗ СО от 16.08.2006). Ответственность за составляющие управления и контроля модели возложена на директора ТЦМК и главного внештатного детского хирурга Свердловской области. Взаимодействие структурных звеньев базируется на координации управленческих и тактических решений, представляющих собой алгоритм этапно-преемственных мероприятий согласно приказа.

Для эвакуации детей из территорий области используется санитарный транспорт ТЦМК – реанимобили класса «С», оборудование и аппаратура которых отвечают требовани-

ям максимальной безопасности и эффективности транспортировки ребенка. В случаях отдаленности территории более 250 км и объективной необходимости сокращения времени транспортировки детская бригада ТЦМК эвакуирует ребенка санитарным вертолетом «МИ-8».

Проведена сравнительная оценка обращаемости ММУ за экстренной консультативной и лечебной помощью по ежегодным данным регистрации вызовов оперативно-диспетчерской службы ТЦМК. В динамике она имеет возрастающую тенденцию, ежегодный прирост составляет от 5,4% до 18,9%. За период 2000-2008 годы детскими специалистами выполнено 2598 санитарных заданий. Важнейшим разделом работы является детский дорожно-транспортный травматизм. Уровень формирования ежегодного пакета санитарных заданий по территориальным округам области различен, что, несомненно, связано с развитием лечебно-диагностической инфраструктуры и кадровым потенциалом.

Санитарные задания выполняются по профилям хирургия, травматология, комбустиология. Выполнение экстренного санитарного задания предусматривает несколько видов оказания хирургической, реанимационной помощи:

- консультация по телефону
- выезд бригады на место для объективизации тяжести состояния ребенка, оценки критериев безопасной эвакуации с предтранспортировочной подготовкой,
- выезд бригады на место для выполнения оперативного вмешательства,
- решение о транспортировке ребенка силами ММУ в сопровождении врача-реаниматолога.

Основной вид выполнения санитарного задания – выезд бригады ТЦМК к ребенку, оценка степени нарушения витальных функций, подготовка к безопасной транспортировке и эвакуация ребенка на специализированный этап лечения. Востребованность выездной работы ДКЛЭБ составляет ежегодно от 60 до 80% от пакета санитарных заданий, за 9-летний период детские консультативные лечебно-эвакуационные бригады выполнили 1231 выезд в муниципальные медицинские учреждения.

Врачи ДКЛЭБ, прибывшие в хирургические, реанимационные отделения ММУ, выполняют свою первоочередную задачу – оказание высококвалифицированной помощи пострадавшему ребенку, но их деятельность на местах носит и экспертирующий, и обучающий характер. Бригада изучает медицинскую документацию, проводит экспертизу полноценности клинично-лабораторной диагностики, адекватности и своевременности хирургических вмешательств и реанимационных мероприятий, медикаментозной и инфузионной терапии. Установленные дефекты, меры по их устранению обсуждаются, проводятся выездные заседания экспертно-контрольной комиссии.

Один из важных вопросов – определение своевременности обращения врачей ММУ за консультативной и лечебной помощью – в первые 2-24 часа. В прежние годы этот качественный показатель соответствовал в 80% случаев критерию «поздняя обращаемость», что указывало на диагностические ошибки и на определенный принцип врачебных действий – автономность лечебно-диагностических мероприятий, запрос о консультации детского хирурга только в случае ухудшения состояния ребенка или неэффективности оперативных и консервативных мероприятий. Такой принцип признан однозначно порочным, что диктовало уже на начальном пути разработки положений территориального стандарта первоочередно прописать требование управленческой составляющей модели – информирование ОДО в максимально ранние сроки от момента поступления ребенка. В течение 6-ти лет удалось достичь существенных изменений: показатель «поздней обращаемости» снизился в 10 раз, своевременное и раннее обращение врачей ММУ констатировано в 92% клинических случаев.

Наиболее трудоемкий и ответственный раздел деятельности бригад – безопасная транспортировка ребенка. Обеспечение безопасности начинается с определения критериев транспортабельности. При наличии травматического, геморрагического, токсико-бактериального шока 3-4 степени, при нестабильной гемодинамике, при дыхательной недостаточности, которую невозможно компенсировать при ИВЛ транспортным респиратором, бригада принимает решение о нетранспортабельности ребенка. По сути термин «нетранспортабельность» надо рассматривать как «транспортировка опасная для жизни больного». Таким больным намечается план интенсивной терапии до достижения стабильности состояния. За исследуемый период первично нетранспортабельными были признаны 126 детей, среди них летальность составила 23,3%. Отсроченная транспортировка 85 детей осуществлена при стабилизации состояния в сроки от 2 суток до 5 дней.

Выполнена одна из задач территориального стандарта – рациональные эвакуации детей из ММУ, среди которых преобладают экстренные (90%). Обе группы содержат долю детей, нуждающихся в проведении ИВЛ во время эвакуации – 60% и 25% соответственно. На специализированный этап хирургической помощи транспортированы за 9 лет 1106 детей. Уровень госпитализации от пакета санитарных заданий с выездом бригады составил – 89,3%.

Эффективность эвакуации детей из ММУ оценивали по двум показателям: наличие неблагоприятных исходов во время транспортировки (0), летальность среди госпитализированных в стационар (45 – 4,1 %). При транспортировках детей и авто-, и авиатранспортом летальных исходов не было. Среди эвакуированных детей не было досрочной летальности. Динамика показателей летальности имеет тенденцию к снижению. Но добиться значений летальности близких к нулю не представляется возможным, в связи с целенаправленной лечеб-

но-эвакуационной тактикой, заложенной в интеграционной модели, – максимальная перегоспитализация детей в критических состояниях из ММУ.

Заключение

1. В системе оказания экстренной хирургической помощи детям в крупном регионе разработана и внедрена организационная форма взаимодействия многопрофильных детских клинических больниц и ЦЦМК в виде функционально состоятельной модели структуры, управления и тактики экстренной хирургической и реанимационной помощи пациентам детского возраста
2. Обеспечена этапность и преемственность этого вида помощи между областными и муниципальными медицинскими учреждениями
3. Обеспечена доступность специализированной хирургической помощи ребенку независимо от удаленности его проживания
4. Благодаря своевременной и качественной транспортировке детскими бригадами и лечебным технологиям специализированного этапа в ДГКБ №9 удалось сохранить жизнь, восстановить здоровье ежегодно более 95% детей, что и доказывает обоснованность и действенность разработанной модели интеграции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкин Л.Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы) / Л.Н.Анкин. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 176с. – ил.
2. Богуславский В.А. Организационно-функциональная перестройка работы многопрофильных больниц в чрезвычайных ситуациях мирного времени: Автореф. ... канд. мед. наук / В.А.Богуславский; – Казань, 2004. – 16 с.
3. Потапов В.И. Совершенствование организации и оказания экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях на транспорте: Автореф. ... докт. мед. наук / В.И.Потапов. – Москва, 2002. – 37с.
4. Совершенствование оказания медицинской помощи детям с неотложными состояниями / Решение Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации // Москва, 11 февраля 2003, протокол №3. – 14с.
5. Nast-Kolb D. Evaluation und Qualitätsmanagement bei der Polytraumaversorgung / D.Nast-Kolb, S.Ruchholtz, C.Waydhas // Langenbecks Arch. Chir. [Suppl II]. (Kongreßbericht 1997). – S. 330–336.