

# ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Е.А. Промышлова

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии

**Обсуждаются вопросы, связанные с одной из самых важных медико-социальных проблем, – черепно-мозговой травмой у детей.**

**Ключевые слова:** дети, дорожно-транспортные происшествия, черепно-мозговая травма, реабилитация, профилактика.

В России в средствах массовой информации и на самом высоком уровне все чаще поднимается проблема дорожно-транспортного травматизма, так как этот вид травм характеризуется высокой степенью повреждений. До 70% всех умерших в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) погибают в течение первых 36 ч с момента получения травмы от кровоизлияния в мозг, острой кровопотери, шока и пр.

Нередко можно видеть, как пешеходы буквально бросаются под колеса транспорта, чтобы успеть сесть в отъезжающий от остановки автобус, или вместе с ребенком перебегают улицу при запрещающем сигнале светофора.

Только за 7 мес (январь–июль) 2009 г., по данным официального сайта ГИБДД, в России произошло 105 376 ДТП, в результате которых погибли 13 058 человек и 133 561 получил различные ранения. По вине водителей, находившихся за рулем в состоянии опьянения, произошло 6166 ДТП, в результате чего погибли 982 человека, а 9170 получили ранения. За указанное время произошло 11 010 ДТП с участием детей, в которых 11 462 ребенка получили ранения, а 481 погиб, и половина всех случаев смерти при ДТП обусловлены черепно-мозговой травмой (ЧМТ). Этот вид травматизма в настоящее время приобрел истинно глобальный масштаб. ЧМТ стала одной из самых важных медико-социальных проблем.

Ежегодно в мире от ЧМТ погибают 1,5 млн человек, а 2,4 млн становятся инвалидами. Сегодня в мире насчитывается порядка 150 млн инвалидов вследствие повреждений мозга, в России этот показатель достигает 2 млн. Именно ЧМТ является основной причиной гибели молодых людей, в том числе детей, а также причиной тяжелых неврологических нарушений и расстройств высшей нервной деятельности, при которых требуются длительное лечение и реабилитация. Нейротравма занимает 1-е место в структуре всех травм в детском возрасте, при которых пострадавшие нуждаются в госпитализации. Смертность среди детей с тяжелой ЧМТ составляет от 20 до 30%.

Несмотря на то, что жизнь людей, пострадавших при ДТП, зависит от качества и своевременности медицинской помощи, среди основных проблем, связанных с ДТП,

выделяют следующие: отсутствие у участников дорожного движения и сотрудников ГИБДД навыков оказания первой медицинской помощи; неполноценность автомобильных аптек и стандартных медицинских упаковок; отсутствие должной связи для вызова машин «скорой помощи» (часто на 100–200 км трассы отсутствуют пост ДПС, населенный пункт, недоступна мобильная связь); в каждом 3-м случае машины «скорой помощи» прибывают с задержкой.

В 2008–2009 гг. Московским НИИ неотложной детской хирургии и травматологии совместно с Научным центром здоровья детей РАМН проведено «Комплексное медико-эпидемиологическое исследование черепно-мозговой травмы у детей». К 9 февраля 2009 г. было собрано и проанализировано 77 анкет из 83 субъектов Российской Федерации (РФ). Исследование показало, что реанимационных педиатрических бригад скорой медицинской помощи (СМП) в РФ недостаточно – всего имеется 177 бригад. А ведь 45,1% детских смертей в результате ДТП наступает на догоспитальном этапе, из них 88% – до прибытия «скорой помощи», 8,2% – в присутствии бригады СМП и 3,8% – при транспортировке. Бригады СМП часто укомплектованы фельдшерами и не имеют необходимого оборудования и аппаратуры для оказания квалифицированной педиатрической помощи.

В России разрушена система санитарной авиации. Отмечено, что Россия – единственная из стран «большой восьмерки», где при оказании медицинской помощи пострадавшим в ДТП не используется вертолет. Медленно решаются вопросы строительства вертолетных площадок при медицинских организациях. Единственное в стране медицинское учреждение, имеющее действующую вертолетную площадку на крыше хирургического корпуса, – Московский НИИ неотложной детской хирургии и травматологии. В Институт госпитализируются дети с тяжелой сочетанной травмой, в том числе и с ЧМТ. Он оснащен всем необходимым и имеет высококвалифицированные кадры реаниматологов, нейрохирургов, травматологов и общих хирургов.

Из числа детей, погибших в стационарах, 47,5% первоначально госпитализировались в непрофильные взрослые стационары, что было в 40% случаев обусловлено отсутствием во время транспортировки необходимой аппаратуры и условий для поддержания (замещения) витальных функций, в 40% случаев – отсутствием у персонала необходимых навыков для проведения реанимационного пособия, в 45% случаев – боязнью возможных санкций административного или уголовного характера в случае гибели больного при транспортировке.

Огромнен экономический ущерб от ЧМТ: ведь только лечение 1 больного с тяжелой ЧМТ в стационаре стоит примерно 200–300 тыс. руб., а реабилитация в 4 раза дороже (это не считая пособий по инвалидности и выплат ухаживающим за больными).

Даже в случае успешного лечения не исключена жизненная катастрофа. Ребенок не в состоянии обходиться без чужой помощи, ходить, говорить, обслуживать себя. Порой он прикован к инвалидной коляске, а то и к постели. Горька судьба детей, находящихся в вегетативном состоянии.

В мире накоплен значительный опыт организации реабилитационной помощи детям с ЧМТ, однако в России он пока освоен недостаточно.

Существующее финансирование не позволяет обеспечить действенную систему реабилитации. Расходы на реабилитацию в полной мере не покрываются ни средствами обязательного медицинского страхования, ни средствами из бюджета. Нарушена общая система помощи пациентам с последствиями тяжелой ЧМТ, так как медицинскую помощь финансирует один департамент, а реабилитацию – другой.

Хронический дефицит средств не позволяет обеспечить полную реабилитацию больных с последствиями тяжелой ЧМТ в соответствии с мировыми стандартами. Безнадёжно устаревшие штатные нормативы, отсутствие в их перечне таких специалистов, как реабилитолог, кинезотерапевт, эрготерапевт, нейропсихолог и пр., также не позволяют организовать реабилитационную службу в государственных учреждениях в соответствии с современными требованиями. В результате в России главным образом применяются методы пассивной реабилитации (физиотерапия, массаж), в то время как во всем мире давно и успешно используется ее активная составляющая.

Отсутствуют стандарты оказания реабилитационной помощи больным с последствиями ЧМТ, в которых был бы в полном объеме представлен весь комплекс физической, нейропсихологической и социально-бытовой адаптации, а соответственно отсутствует единая методология оказания нейрореабилитационной помощи. К примеру, стандартом медицинской помощи больным с переломом черепа и лицевых костей, последствиями перелома черепа и костей лица, утвержденным Приказом МЗ СО РФ от 14 июня 2006 г. № 488, предусмотрен курс лечения на 21 и 24 дня, в который входят единичные процедуры массажа и ЛФК, что для пациентов с тяжелой ЧМТ недостаточно. В большинстве специализированных стационаров нет необходимого оборудования и оснащения. Имеют место слабая нормативно-правовая база, регламентирующая этот этап медико-социальной помощи, а также должная система подготовки медицинских кадров. И, наконец, даже в крупных городах лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медицинскую помощь детям с ЧМТ, как правило, не объединены в единую систему; отсутствуют преемственность и последовательность в этом процессе на всех этапах взаимодействия, в результате чего растут инвалидизация и смертность.

В мире значительные успехи в реабилитации больных с ЧМТ объясняются широко применяемой ранней интенсивной восстановительной терапией. В России ранняя реабилитация детей, перенесших тяжелую ЧМТ, практи-



чески отсутствует, за небольшим исключением, вследствие чего упускается время для оказания качественной помощи детям с данной патологией.

Предварительные результаты комплексного медико-эпидемиологического исследования ЧМТ у детей; нейрореабилитационная помощь в субъектах РФ организована на базе 73 центров, 64 реабилитационных отделений различных стационаров и на 3067 койках неврологических и нейрохирургических отделений, причем лишь 5,5% реабилитационных центров специализируются на невропсихологических и психических расстройствах, в остальных медицинская помощь носит общий характер.

И пока решаются проблемы финансирования, высоких медицинских технологий, стандартизации, кадров, оснащения и оборудования, усовершенствования законодательной базы и статистики, несовершенства организации медицинской помощи детям на всех этапах ее оказания – от первичной доврачебной помощи до реабилитации – стоит задуматься о самом надежном и относительно дешевом способе – о профилактике заболеваний и травм.

#### Рекомендуемая литература

Валиуллина С.А., Промылова Е.А. Региональные особенности реабилитационной помощи детям с последствиями черепно-мозговой травмы // Тезисы VI Международного конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация». – М., 2009.

Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма. – ВОЗ, 2004. – 259 с.

Оценка эффективности современных стандартов оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе детям с тяжелой сочетанной и изолированной ЧМТ. Информационное письмо Департамента здравоохранения правительство г. Москвы.

Решение общественных слушаний комиссии Общественной палаты по здравоохранению РФ от 30.07.2009 г. на тему «Дорожно-транспортный травматизм – национальная программа».

#### PROBLEMS IN THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE TO CHILDREN WITH BRAIN INJURY

E. A. Promyslova

Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Traumatology

**The author discusses the issues associated with one of the most important sociomedical problems, such as brain injury in children.**

**Key words:** children, road traffic accidents, brain injury, rehabilitation, prevention.