

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТРАВМОЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДТП НА ТЕРРИТОРИИ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

И. И. Бабич¹, Т. В. Выгонская², Ф. Г. Шаршов³,
Е. А. Спиридонова⁴, С. А. Румянцев⁵, Э. Е. Росторгуев³

¹ Ростовский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней № 4
Факультета повышения квалификации и последипломной подготовки специалистов;

² Министерство здравоохранения Ростовской области;

³ Областная детская клиническая больница города Ростов-на-Дону;

⁴ Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра анестезиологии и реаниматологии;

⁵ Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии МЗиСР РФ

Organization of Medical Care to Children with Road Traffic Injury in the Rostov Region

I. I. Babich¹, T. V. Vygonskaya², F. G. Sharshov³, Ye. A. Spiridonova⁴, S. A. Rumyantsev⁵, E. E. Rostorguyev³

¹ Surgical Diseases Department Four, Faculty for Qualification Improvement
and Postgraduate Training of Specialists, Rostov State Medical University;

² Ministry of Health Care of the Rostov Region;

³ Rostov-on-Don Regional Children's Clinical Hospital;

⁴ Department of Anesthesiology and Reanimatology, Moscow State University of Medicine and Dentistry;

⁵ Federal Research and Clinical Center of Pediatric Hematology, Oncology, and Immunology,
Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation

Цель работы — проведение анализа эффективности действующей на территории Ростовской области службы оказания медицинской помощи детям с травматическими повреждениями в результате ДТП. **Результаты.** Установлено, что служба в целом соответствует общепринятым принципам этапности и имеет многоуровневую сеть стационаров, что позволяет обеспечить выполнение в максимально возможные сроки необходимого объема медицинской помощи в зависимости от профиля и тяжести повреждений. Показано, что 58,3% от общего числа пострадавших — детей, с тяжелыми травматическими повреждениями первично госпитализируются в центральные районные больницы и больницы скорой медицинской помощи, преимущественно ориентированные на оказание медицинской помощи взрослому населению. Таким образом, медицинская помощь указанному контингенту оказывается не педиатрическими хирургическими и реанимационно-анестезиологическими службами. **Выводы.** Учитывая особенности действующей на территории области системы экстренной медицинской помощи, предложено дальнейшее развитие за счет организации на базе ряда ЦРБ межтерриториальных центров по лечению детей с травматическими повреждениями (в том числе выделение в составе реанимационных отделений педиатрических коек). Этапное решение данной проблемы в настоящее время осуществляется в Ростовской области по двум основным направлениям: организационному — за счет развития круглосуточного консультативного подразделения (с выездной бригадой санавиации) на базе Областной детской клинической больницы и методическому сопровождению работы многопрофильных стационаров области по вопросам оказания медицинской помощи в разновозрастных группах детей. **Ключевые слова:** дорожно-транспортные происшествия, служба экстренной медицинской помощи, дети, травматические повреждения.

Objective: to analyze the efficiency of the Rostov Region's medical care service for children with severe traumatic injuries due to road traffic accidents. **Results.** It has been established that the service meets the generally accepted stepwise principles and has a multilevel network of hospitals, which allows the earliest performance of the required volume of medical care in relation to the pattern and severity of lesions. It has been shown that 58.3% of the children with severe traumatic lesions are primarily admitted to the central district hospitals and emergency care ones that are aimed at rendering medical aid to the adult population. Thus, medical care is delivered to the above contingent by non-pediatric surgical and resuscitative-anesthetic services. **Conclusion.** By keeping in mind the specific features of the emergency medical system existing in the region, the authors propose its further development, by organizing interregional centers on the basis of a number of central regional hospitals for the treatment of children with traumatic lesions (among other things, by allocating pediatric beds in the intensive care units). The stepwise solution of this problem is currently being done in the Rostov Region in two main directions: 1) organization by developing a round-the-clock advisory subdivision (with an exiting sanitary aviation team) on the basis of the regional children's clinical hospital and 2) methodical maintenance of multidisciplinary hospitals in delivering medical care to different age-groups children. **Key words:** road traffic accidents, emergency medical service, children, traumatic lesions.

Адрес для корреспонденции (Correspondence to):

Спиридонова Елена Александровна
E-mail: spiridonova.e.a@gmail.com

Общепризнана целесообразность организации медицинского обеспечения пострадавших с учетом возрастных и патогенетических особенностей течения травматической болезни различной этиологии. Столь же разносторонне обоснованы принципы оказания медицинской помощи детям с повреждениями указанного профиля.

Вместе с тем, вопрос организации медицинского обеспечения детей с тяжелой травмой, по нашему мнению, заслуживает детального рассмотрения. Актуальность указанного направления определяется тем фактом, что в ряде случаев действующая система экстренной медицинской помощи предполагает направление на госпитализацию детей в стационары, преимущественно ориентированные на оказание медицинской помощи взрослому населению: центральные районные больницы и больницы скорой медицинской помощи.

Данная проблема достаточно широко освещена в литературе применительно к действиям медицинской службы в условиях нештатных и чрезвычайных ситуаций. В многочисленных исследованиях подчеркивается необходимость разработки планов организации медицинского обеспечения, учитывающих особенности течения критических ситуаций в различных детских возрастных группах, а также ограниченные возможности привлечения педиатрических служб в указанный период [1–4]. По результатам работы многопрофильного стационара приводятся свидетельства значительно больших показателей летальности среди детей с тяжелой травмой по сравнению со взрослыми с аналогичными повреждениями [5].

Учитывая изложенное, целью настоящей работы являлся анализ эффективности действующей на территории Ростовской области службы оказания медицинской помощи детям с тяжелыми травматическими повреждениями в результате ДТП. В соответствии с поставленной целью в рамках настоящего исследования были сформулированы следующие задачи:

- конкретизация направлений госпитализации больных указанного профиля;
- проведение анализа характеристик показателей коечного фонда и укомплектованности кадрами экстренных служб центральных районных больниц, больниц скорой медицинской помощи и больниц Ростовской области, являющихся направлениями госпитализации детей с травмой.

Далее представлены результаты анализа эффективности действующей на территории Ростовской области службы экстренной медицинской помощи по направлению оказания медицинской помощи детям с тяжелыми травматическими повреждениями в результате ДТП. В рамках настоящего исследования рассмотрены организационные аспекты.

Стационарная медицинская помощь в Ростовской области представлена Федеральными учреждениями МЗ РФ (Медицинский центр ЮФО МЗ РФ, Медуниверситет, РНИИАиП и Онкоинститут) с числом коечного фонда 2563 и медучреждениями областного подчи-

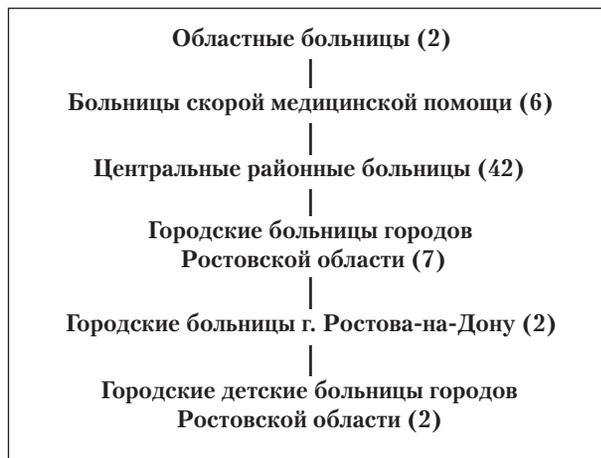


Схема оказания медицинской помощи детям, пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий на территории Ростовской области.

нения различного уровня с количеством коек 36538. Детских коек в Ростовской области насчитывается 4603, из них — инфекционных — 1117; 145 хирургических; 30 нейрохирургических; 142 травматологических и ортопедических.

Система оказания медицинской помощи пострадавшим в результате ДТП на территории Ростовской области в целом соответствует общепринятым принципам этапности и имеет многоуровневую сеть стационаров, что позволяет обеспечить выполнение в максимально возможные сроки необходимого объема медицинской помощи в зависимости от профиля и тяжести повреждений (см. схему).

По направлению медицинского обеспечения больных с травмой различной этиологии в составе отрасли здравоохранения функционируют областные клинические больницы для взрослого и детского населения, 6 больниц скорой медицинской помощи, 42 центральные районные больницы, 7 городских больниц городов Ростовской области (ГБ № 1 Азова; ГБ Зверев; ГБ № 1 Новошахтинска; ГБ № 2 Шахты; ЦГБ Батайска, Каменска-Шахтинска и Донецка), городские больницы № 1 и № 20 Ростова-на-Дону; медицинская помощь детям с травмой также оказывается двумя городскими детскими больницами городов Ростовской области: Таганрог, Шахты.

По данным Росстата на 01.01.2008 в Ростовской области зарегистрировано 4275978 человек, из них детей от 0 до 18 лет — 828309. Очевидно, что и основной поток нуждающихся в оказании медицинской помощи формируется за счет взрослого населения: доля детского контингента по рассматриваемому профилю в 2007 году и за 10 месяцев 2008 года составила 8,16 и 8,6%, соответственно (на основании данных «Справки-анализа оперативной обстановки по обеспечению безопасности дорожного движения в городе Ростов-на-Дону» Управления внутренних дел города Ростов-на-Дону на территории Ростовской области в результате ДТП пострададо — 8141 человек, из них детей 665; за 10 месяцев 2008 г. — 6830, из них детей 588) [6]. Учитывая целесообразность оказания квалифицированной медицинской по-

**Направления госпитализации детей, пострадавших в результате ДТП
на территории Ростовской области за период 2007–2008 г.**

ЦРБ и ЦГБ		БСМП		Детские больницы		ВСЕГО	
Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
123	44,56	38	13,76	115	41,66	276	100

Примечание. Все пострадавшие первично госпитализированы в отделения реанимации и интенсивной терапии и палаты интенсивной терапии указанных стационаров.

мощи в максимально короткие сроки, направление на госпитализацию детей, пострадавших в результате ДТП на федеральных трассах и автодорогах местного значения, первично осуществляется преимущественно в больницы скорой медицинской помощи и центральные районные больницы. В большинстве случаев предоставляемый указанными ЛПУ объем медицинской помощи соответствует тяжести состояния больных и обеспечивается за счет реанимационно-анестезиологических, хирургических и травматологических служб больниц. При необходимости оказания специализированных видов медицинской помощи (в том числе высокоспециализированных) осуществляется перевод пострадавших в Областную детскую больницу; при наличии у пострадавших изолированной травмы центральной нервной системы — БСМП № 2, комбинированной травмы — в ожоговый центр городской больницы № 20 г. Ростова-на-Дону. При этом оказание помощи пострадавшим, эвакуация в вышеперечисленные лечебные учреждения, осуществляется анестезиологами-реаниматологами реанимационно-консультативного центра ГУЗ Областная детская больница.

Изложенное свидетельствует об эффективности действующей организационной модели медицинского обеспечения детей с травматическими повреждениями.

Вместе с тем, учитывая скоротечность течения критических состояний в педиатрии, проблема ведения тяжелой сочетанной травмы детского возраста (особенно при наличии острой нейрохирургической патологии), является весьма актуальной. Как было отмечено ранее, данная проблема усиливается тем фактом, что для ориентированных на оказание медицинской помощи пострадавшим с травмой ЦРБ и БСМП, лица старше 18 лет составляют основной контингент больных, следовательно лечение разновозрастных групп детей с ургентной травматической патологией, к сожалению, не относится к направлению их повседневной деятельности.

В рамках настоящей работы нами охарактеризованы направления госпитализации детей с тяжелой травмой в результате ДТП на территории Ростовской области за период 2007–2008 г. (см. таблицу). Установлено, что 58,33% пострадавших были госпитализированы в общие стационары области, 41,66% — в детские.

Как уже было отмечено ранее, за исключением ряда городских больниц города Ростов-на-Дону, перечисленные стационары входят в педиатрическую службу экстренной медицинской помощи при травме.

Детально проанализированы характеристики коечного фонда центральных районных больниц по профилям оказания медицинской помощи. Установлено,

что 28 стационаров (66,66%) имеют самостоятельные реанимационные отделения; в структуре 6 (14,28%) — выделены палаты интенсивной терапии на 1 — 4 койки. Восемь ЦРБ (19,04%) в своей структуре не имеют вышеперечисленных подразделений. Однако, в каждом хирургическом отделении ЦРБ, где отсутствуют реанимационные отделения, выделены койки для оказания медицинской помощи пациентам в ближайшем послеоперационном периоде.

Подавляющее большинство стационаров (41, что составляет 97,67%) имеют хирургические отделения по направлениям полостной и гнойной хирургии; 8 (19,06%) — травматологические отделения. В структуре указанных отделений специализированных коек для оказания медицинской помощи детям не выделено. Нейрохирургических отделений в составе центральных районных больниц также нет.

Педиатрические отделения функционируют в 41-й ЦРБ (97,67%). Однако данные отделения не оказывают медицинскую помощь пострадавшим с травмой: 41 отделение ориентированы на лечение общесоматической, 25 — инфекционной патологии, в 37 ЦРБ развернуты койки для лечения новорожденных.

Отделения анестезиологии и реаниматологии стационаров городов Ростовской области могут быть охарактеризованы следующим образом: ГБ № 1 города Азова — 6 коек, ГБ города Зверево — 3, ЦГБ и ГБ города Каменск-Шахтинска — 12 и 3, соответственно (из них 6 — для оказания медицинской помощи новорожденным), ГБ города Волгодонска — 9 коек. Во всех стационарах имеются хирургические службы (в ГБ № 1 города Новошахтинск развернуты хирургические койки для оказания медицинской помощи детям). Отделения травматологии функционируют в ГБ № 1 Азова, Новочеркасска и Новошахтинска; ГБ № 2 Шахты; ЦГБ Батайска, Каменск-Шахтинска и Донецка. Задачами педиатрических отделений являются: лечение общесоматической патологии — 3 стационара: ДГБ городов Волгодонска, Новочеркасска, Новошахтинска; инфекционной — 3 стационара (ДГБ городов Волгодонска и Новошахтинска, и ГБ № 1 городов Ростова-на-Дону и Гуково); патологии новорожденных — 5 стационаров (в том числе ЦГБ города Каменск-Шахтинска — патологии недоношенных).

В составе городских больниц города Ростов-на-Дону функционируют реанимационно-анестезиологические отделения: ГБ № 1 — 26 коек, ГБ № 4, 6, 7, 8 — по 6 коек, ГБ № 20 — 48 коек. Во всех стационарах развернуты отделения полостной и гнойной хирургии (в ГБ № 20 выделены специализированные койки для оказания ме-

дицинской помощи детям). В ГБ № 1 работает травматологическое отделение для взрослых и в ГБ № 20 — для детей. На базе ГБ № 20 города Ростова-на-Дону развернут детский областной ожоговый и токсикологический центры; отделение патологии недоношенных с 15 реанимационными койками.

Представленные материалы свидетельствуют о том, что только лишь два детских стационара на территории Ростовской области включены в службу оказания экстренной медицинской помощи при травме и острой хирургической патологии: ДГБ города Шахты (реанимационно-анестезиологическое отделение на 6 коек, хирургическое отделение на 30 коек, и отделении травматологии и ортопедии на 30 коек) и ДГБ города Таганрога (реанимационно-анестезиологическое отделение на 9 коек, отделение полостной и гнойной хирургии на 37 коек, отделение травматологии на 27 коек). Как уже было отмечено ранее, городские детские больницы города Ростов-на-Дону не входят в службу экстренной медицинской помощи.

Очевидно, что все стационары системы БСМП располагают мощными хирургическими и травматологическими и реанимационно-анестезиологическими отделениями: БСМП Волгодонска — 9 коек, БСМП Гуково — 6 коек, БСМП Новочеркаска — 12 коек, БСМП Таганрога — 18 коек, БСМП города Шахты — 15 коек, БСМП № 2 Ростова-на-Дону — 67 коек (127 реанимационных коек, при общем коечном фонде 3440, что составляет 3,7%). Три стационара оказывают медицинскую помощь пострадавшим с острой нейрохирургической патологией (БСМП Волгодонска, Шахты и БСМП № 2 Ростова-на-Дону). Специализированные койки для оказания медицинской помощи детям выделены в БСМП Волгодонска (хирургия) и БСМП № 2 Ростова-на-Дону (нейрохирургия). Педиатрические отделения БСМП Гуково и Шахты оказывают медицинскую помощь новорожденным, Таганрога — ориентированы на лечение инфекционных заболеваний детского возраста — таким образом, вышеназванные отделения также не оказывают медицинскую помощь пострадавшим с травмой.

Областная клиническая больница и областная больница № 2 развернуты на 1840 коек, анестезиолого-реанимационные отделения в них представлены 42 койками; Областная детская больница на 450 и 12 коек, соответственно.

Приказом Министерства здравоохранения РО № 445 на базе Областной детской больницы Ростова-на-Дону организована детская нейрохирургическая служба в составе хирургического отделения.

В оказании специализированной медицинской помощи пострадавшим в ОДБ участвуют следующие подразделения:

- Реанимационно-консультативный центр, с круглосуточным дежурством врача анестезиолога-реаниматолога, оказывающего консультативную помощь по телефону;
- Реанимационно-консультативная бригада, имеющая в своем распоряжении реанимобили с современной дыхательной и следящей аппаратурой;

- Хирургическое отделение с выделенными нейрохирургическими койками;
- Отделение реанимации и интенсивной терапии;
- Отделение анестезиологии;
- Центр эфферентных методов терапии;
- Неврологические отделения для детей младшего и старшего возраста;
- Реабилитационный центр;
- Лабораторно-диагностический комплекс, включающий экспресс-лабораторию, отделения рентген-компьютерной томографии и функциональной диагностики.

Определенные перспективы связаны со строительством детского хирургического корпуса на территории Областной детской больницы, в составе которого запланировано открытие ортопедо-травматологического, хирургического и нейрохирургического отделений.

Созданная структура позволяет обеспечить этапность и преемственность в оказании помощи данной категории больных. Таким образом, перечисленные выше стационары оказывают квалифицированную и высокоспециализированную медицинскую помощь населению Ростовской области, в том числе и пациентам с изолированной и сочетанной травмой.

В рамках настоящего исследования нами проведен анализ качества интенсивной терапии в реанимационных отделениях квалифицированного этапа оказания помощи детям, получившим травму вследствие ДТП (по данным историй болезни 61 ребенка). Направлениями исследования являлись: респираторная поддержка, обезболивание, антибактериальная, инфузионная и седативная терапия.

Установлено, что некорректное назначение антибактериальных препаратов имело место в 31,2% (19) случаев; респираторная поддержка — в 27,9% (17), обезболивание — в 37,7% (23), седативная терапия — в 45,9% (28) и инфузионная терапия — в 28,9% (17).

Нами был проведен детальный анализ всех случаев некорректной терапии по каждому направлению, который выявил следующее:

- случаи нерациональной антибактериальной терапии (19) связаны с назначением монотерапии — 47,4% (9), в том числе в 2-х случаях — амикацином, в 21,1% (4) выбор химиотерапевтических препаратов не был оправдан — в качестве эмпирической терапии назначался бензилпенициллин, в 10,5% (2) произведена смена бета-лактаминового антибактериального препарата на другой из той же группы, в 10,5% (2) доза препарата была недостаточна, у 10,5% (2) антибактериальную терапию при наличии показаний не проводили;
- респираторную поддержку в виде инсуффляции кислорода или вспомогательной вентиляции в 23,5% (4 из 17 случаев) не проводили, в 11,8% (2) аппаратная ИВЛ начата с временной задержкой, в 17,7% (3) имело место раннее прекращение аппаратной ИВЛ в послеоперационном периоде, в 11,8% (2) параметры ИВЛ признаны некорректными, у 35,3% (6) пациентов с уровнем сознания сопор-кома ИВЛ не проводили;

- во всех случаях (17) причинами дефектов в проведении инфузионной терапии были связаны с несоответствием качественно-количественного состава тяжести состояния: в 47,1% (8 из 17) случаев использовали только кристаллоидные растворы, в 11,8% (2) — объёмная доля препаратов крови была больше, чем кристаллоидов, в 23,5% (4) объём инфузии не соответствовал тяжести шока;
- некорректное обезболивание в 17,4% (4 из 23) было обусловлено отсутствием в комплексной интенсивной терапии обезболивающих препаратов, в 82,6% (19) применяли только ненаркотические анальгетики;
- седативную терапию не проводили 45,9% (28 из 61) пациентам реанимационного отделения.

В целях повышения качества оказания медицинской помощи детям с тяжелой изолированной и сочетанной травмой с превалирующим поражением ЦНС Министерством здравоохранения Ростовской области осуществляются мероприятия, направленные на неукоснительное выполнение медицинских стандартов и повышение доступности необходимых видов высокоспециализированной медицинской помощи указанной группе больных. Однако столь же очевидно наличие существенных особенностей течения критических состояний в педиатрии и в их интенсивной терапии, что убедительно подтверждается опытом работы американских военных по оказанию медицинской помощи мирному населению Ирака и Афганистана. Из общего числа госпитализированных больных 7,1% являлись детьми, однако продолжительность их лечения составила 12% койко/дней; искусственную вентиляцию легких в 11% случаев выполняли детям. Летальность детей составила 13% от общего числа смертельных исходов, причем общая летальность в группе пациентов до 18 лет (5,4%) также была значительно выше, чем в группах взрослых (военные — 1,3% и гражданское население — 4,3%); существенно, что в группе детей до 6 лет этот показатель был определен на уровне 10,7% (в группе от 6 лет до 17 лет — 3,8%) [7].

С целью повышения эффективности работы службы действует система информирования Консультативного центра Областной детской больницы о поступлении ребенка с тяжелой сочетанной травмой в реанимационные отделения городских больниц, ЦРБ и БСМП Ростовской области. После консультации нейрохирурга и реаниматолога ГУЗ ОДБ принимается решение о дальнейшей лечебно-диагностической тактике лечения пострадавшего. Работа реанимационно-консультативной бригады направлена на оказание экстренной специализированной медицинской помощи пострадавшим.

Анализ результатов работы РКЦ показал, что в период с 2006 по 2008 годы выполнены 2861 консультация 1499 пациентам. В 41,4% случаев (621) имели место показания к экстренному выезду бригады, из них: в 54,9% случаев выполнена эвакуация на этап оказания специализированной медицинской помощи (341 из 621).

Тяжелая травма являлась поводом обращения больниц области в РКЦ в 21,4% случаев (321), из них: в 64,5% (207 из 321) случаев были выполнены экстренные выезды бригады, в 48% (154 из 321) эвакуация пострадавших.

Мы выделяем две группы больных, которым необходима экстренная нейрохирургическая помощь. К таким больным относятся дети с неотложной нейрохирургической патологией, без вторичного дислокационного синдрома и грубых нарушений витальных функций. Пострадавших этой группы реанимационной бригадой эвакуируют в ОДБ.

Вторую группу составляют пострадавшие, находящиеся в крайне тяжелом и терминальном состоянии и требующие неотложной нейрохирургической операции. Это дети с внутримозговыми гематомами с быстро прогрессирующей симптоматикой сдавления мозга и нарушением витальных функций. В указанных случаях экстренное оперативное вмешательство производится специалистами ЦРБ и БСМП.

При необходимости осуществляется выезд Консультативной бригады в больницы Ростовской области. После выполнения экстренных нейрохирургических, хирургических и травматологических вмешательств определяется направление эвакуации, при этом базовым учреждением, оказывающим помощь детям жителям Ростовской области с тяжелой изолированной и сочетанной травмой (с преобладающим поражением ЦНС) является ГУЗ ОДБ г. Ростова-на-Дону.

Реанимационно-анестезиологические службы больницы, относящиеся к системе ЦРБ, БСМП и городских больниц городов Ростовской области, характеризуются высоко квалифицированными кадровыми ресурсами. Однако, предусмотренные штатным расписанием 946,25 ставки анестезиолога-реаниматолога, в области представлены 518-ю физическими лицами, что составляет 54,7%. Причем, наиболее остро проблема с укомплектованностью кадрами наблюдается в городских БСМП — 50,75% и городских больницах — 51,44% (232,5 и 225,5 ставки, 118 и 116 физических лиц, соответственно). Данный факт свидетельствует о том, что в вышеуказанных лечебных учреждениях нагрузка на врачей по сравнению с другими стационарами значительно выше. В ЦРБ укомплектованность врачами данной специальности выше и составляет 56,7%. В детских больницах Ростовской области укомплектованность врачами анестезиологами-реаниматологами составляет 53,42%.

Укомплектованность хирургами в области составляет 69,34%, в БСМП и городских больницах 66,86 и 70,68%, соответственно, ЦРБ — 67,32%. Предусмотренные штатным расписанием 112,25 ставки детских хирургов, заняты 73 (65,0%) физическими лицами. Укомплектованность стационаров травматологами и ортопедами составляет 54,7%; нейрохирургами — 61,26%.

Очевидна необходимость полной укомплектовки штатов анестезиологов-реаниматологов и детских хирургов в городе Ростов-на-Дону и Ростовской области.

Заключение

Таким образом, проведенный нами анализ позволяет сделать заключение о том, что действующая на территории Ростовской области служба экстренной меди-

цинской помощи в целом позволяет обеспечить выполнение медицинских стандартов оказания медицинской помощи детям с тяжелой сочетанной травмой на всех этапах ее оказания.

Вместе с тем, детальный анализ профилей отделений, функционирующих в составе больниц Ростовской области, свидетельствует о том, что медицинская помощь детям с тяжелой травмой в большинстве стационаров оказывается не педиатрическими хирургическими и реанимационно-анестезиологическими службами. По нашему мнению, учитывая особенности действующей на территории области системы экстренной медицинской помощи, целесообразно ее дальнейшее развитие за счет организации на базе ряда ЦРБ межтерриториальных центров по лечению детей с травматическими повреждениями (в том числе выделение в составе реанимационных отделений педиатрических коек). Однако, столь же очевидно, что данный вопрос требует разносторонней проработки и не может быть решен в кратчайшие сроки.

Литература

1. Quinn B., Baker R., Pratt J. Hurricane Andrew and a pediatric emergency department. *Ann. Emerg. Med.* 1994; 23 (4): 737–741.
2. Romig L. E. Pediatric triage. A system to JumpSTART your triage of young patients at MICs. *JEMS* 2002; 27 (7): 52–89.
3. Weiner D. L., Manzi S. F., Waltzman M. L. et al. FEMA's organized response with a pediatric subspecialty team: The national disaster medical system response: A pediatric perspective. *Pediatrics* 2006; 117 (5 Pt 3): S405–S411.
4. Gnauck K. A., Nufer K. E., LaValley J. M. et al. Do pediatric and adult disaster victims differ? A descriptive analysis of clinical encounters from four natural disaster DMAT deployments. *Prehosp. Disast. Med.* 2007; 22 (1): 67–73.
5. Spinella P. C., Borgman M. A., Azarow K. S. Pediatric trauma in an austere combat environment. *Crit. Care Med.* 2008; 36 (7): 293–296.
6. «Справка-анализ оперативной обстановки по обеспечению безопасности дорожного движения в городе Ростове-на-Дону» Управления внутренних дел города Ростова-на-Дону на территории Ростовской области». 2007–2008.
7. Philip C. S., Mathew A. B., Kenneth S. A. Pediatric trauma in an austere combat environment. *Crit. Care Med.* 2008; 36 (7): 293–296.

Поступила 28.05.09

Уважаемые коллеги!

Главное военно-медицинское управление МО РФ, ФГУ Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н. Н. Бурденко МО РФ и ООО «Акела-Н» (г. Москва) проводят в Главном военном клиническом госпитале им. акад. Н. Н. Бурденко 22.04.2010 г. II Всероссийскую конференцию с международным участием «Ксенон и инертные газы в медицине».

На конференции будет обсуждена проблема применения ксенона в разных разделах медицины при оперативных вмешательствах и с лечебной целью в наркологии, неврологии, психиатрии, после психотравмирующих факторов профессиональной деятельности. Во время конференции будет организована медицинская выставка техники для ксенона, показана современная наркозно-дыхательная аппаратура для наркоза и проведении терапевтических процедур.

Место проведения конференции: Москва, 105229, Госпитальная площадь, д. 3. Отделение анестезиологии. Руденко Михаилу Ивановичу.

Контактные телефоны:

8-499-263-54-75, 8-910-464-46-76 Руденко М. И.;

8-499-263-06-57 Пасько Владимир Георгиевич;

Факс: 8-499-263-08-47 для Руденко.

Заявки на научные доклады и доклады в объеме 5–7 страниц (через один интервал в электронном виде и один распечатанный экземпляр) будут приниматься до **15 января 2010 года** по форме: название доклада, фамилия(и) и инициалы автора(ов), учреждение(я) в котором работает автор(ы), город.

В работе примут участие главные анестезиологи реаниматологи регионов и ведущие специалисты военных госпиталей, научно-исследовательских институтов, специалисты лечебно-профилактических учреждений страны, а также желающие других ведомств из всех субъектов РФ.

Оргкомитет конференции