

флюидизирующей кровати. Проводилась массивная антибактериальная, инфузионная терапия. 28.01.2015 некрэктомия, с одновременной аутодермопластикой расщепленным перфорированным кожным лоскутом 10% ожоговой поверхности на нижних конечностях. В последующем 30.01.2015 после очищения гранулирующих ран на обеих кистях и на половом члене выполнена аутодермопластика свободным расщепленным кожным лоскутом S=1%. 5.02.2015 – аутодермопластика на гранулирующих ранах после расплавления ранее пересаженных лоскутов на левом бедре и голени S=1%.

Выводы. Оба пациента выписаны с выздоровлением. При выписке оценивалась функциональная активность пораженных конечностей и косметический результат после лечения ожоговых ран. У обоих пациентов на участках ожога II степени отмечалась кожа розового цвета без признаков образования гипертрофических рубцов. Движения в суставах нижних конечностей и кистей в полном объеме. Кожа на участках где выполнена ранняя некрэктомия более естественного цвета, нежели на участках где была выполнена более поздняя аутодермопластика. Возвышения кожи (рубцевание) менее выражены в местах перфорации кожного лоскута на поверхностях после ранней некрэктомии. Вышеизложенное позволяет сделать вывод о некоторых преимуществах ранней некрэктомии с одновременной аутодермопластикой именно при глубоких ожогах, ведь чаще у детей наблюдается мозаичность поражения. Пациенты после перенесенного термического ожога должны быть выделены в группу риска по развитию у них гипертрофических рубцов. Реабилитация таких пациентов должна осуществляться комплексно с применением лекарственных препаратов, физиопроцедур, ношением специальной послеожоговой одежды, у детей старшего возраста занятиями с психотерапевтом, а возможно и лечением у косметолога.

Литература:

1. Шень Н.П. Ожоги у детей. Москва : Триада X, 2011. – 148 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Шмаков А.П., Питкевич А.Э., Зуев Н.И., Зуев Н.Н.

*Витебский государственный медицинский университет, Витебск
Витебский детский областной клинический центр, Витебск*

Введение. Организационная структура является фундаментальной основой, определяющей результаты деятельности в любых отраслях народного хозяйства. В Республике Беларусь сформирована и успешно функционирует многоотраслевая система здравоохранения.

Цель – на основании длительного наблюдения провести сравнительный анализ оказания хирургической помощи детям Витебской области. Определить возможные пути ее совершенствования.

Материал и методы исследования. Данные отчетов оргметодкабинетов УЗ «Витебская областная клиническая больница», «Витебский детский областной клинический центр» (ВОДКЦ), хирургических отделений городских и районных больниц.

Результаты и их обсуждение. Административная структура Витебской области представлена 21 районом, в каждом из которых функционируют общехирургические отделения ЦРБ и поликлиники. Детские хирургические стационары имеются в Витебске и Орше, амбулатории – в Полоцке, Новополоцке и Орше. В Витебской области впервые в Республике Беларусь создано УЗ «ВОДКЦ», включающее Витебскую детскую областную больницу и областную детскую центральную поликлинику, состоящую из 5 филиалов. В них работают 23 детских хирурга (30% пенсионеры), семь из которых имеют высшую, 4 – первую, 7 – вторую аттестационные категории. В других районах хирургическая помощь оказывается 130-ю (54 в стационарах, 76 в амбулаториях) хирургами, в том числе и узкими специалистами. Население области в 2015 составило 1198515 человек, детей от 0 до 18 лет – 207549. В сравнении с 2006 годом к 2015 году наблюдается тенденция к снижению этих показателей (жителей с 1288950 до 1198515, детей с 238263 до 207549). В Витебске проживает 61693 ребенка. Лечебные учреждения по потребностям и возможностям укомплектованы современным лечебно-диагностическим оборудованием.

В структуре УЗ «ВОДКЦ» (55 коек) функционируют хирургическое (60 коек с 10-ю специализированными урологическими), травматологическое (60 коек с 10 реабилитационными), и ЛОР (40 коек), реанимационно-анестезиологическое (15 коек) отделения, реанимационно-консультативный центр, санавиация. Основной принцип работы – концентрация экстренной (по возможности) и плановой помощи детям в специализированных отделениях.

Многолетнее функционирование такой системы позволило стабилизировать и улучшить показатели лечения хирургических больных. Характеризуя помощь urgentным больным на фоне стабилизации частоты заболеваемости (острый аппендицит, 2006–2014 гг., – в пределах 816–647 у детей и 2258–2307 – у взрослых) не было летальных исходов. При ущемленных грыжах в сравниваемых временных пределах количество герниотомий уменьшилось с 36 до 25, при увеличении плановой санации грыж с 579 до 615. Число ущемлений у детей составило 4–9% (9–11% у взрослых), и лишь около 9% этих осложнений у взрослых. Количество операций при острой кишечной непроходимости снизилось с 33 до 11 при сохранении их у взрослых в пределах 219–211. Отрадно и то, что 37–45% больных острым аппендицитом, 67–73% – острой кишечной непроходимостью, 65–70% – ущемленными грыжами оперированы в детских хирургических стациона-

рах. Лечение новорожденных детей проводится только в отделениях (реанимации-анестезиологии, хирургии) детской областной больницы. Доставка в ВОДКЦ осуществляется специально оборудованным транспортом в сопровождении обученного персонала, что позволило снизить перинатальную смертность до 3,6–5,6%. Плановые операции при врожденных пороках развития в 65–73% случаев проводятся в детских хирургических отделениях.

Вышеизложенные показатели явились результатом многолетней организационно-методической работы (издания рекомендательных писем и методичек, проведения областных, городских и межрайонных научно-практических конференций, обучения общих хирургов особенностям детской хирургии на базе ВОДКЦ). Однако уход из профессии опытных детских хирургов и пополнение рядов молодыми кадрами, нередко обладающими недостаточными знаниями и опытом в вопросах детской хирургии, а также забвение требования комплектовать общехирургические отделения хотя бы одним хирургом, прошедшим первичную специализацию по детской хирургии, по нашему мнению, является тормозом на пути дальнейшего улучшения качества хирургической помощи детям области.

Выводы:

1. Новая организационная структура УЗ «ВОДКЦ» обеспечивает рационализм в управлении финансовыми потоками, укрепление связи между стационарным и амбулаторным звеньями, новый уровень реализации принципа преемственности, усовершенствование профессиональных знаний врачей поликлиник, что, в целом, способствует повышению качества оказания медицинской помощи детям области.
2. Необходимо вернуться к подтвержденной многолетним опытом практике, подготовки хотя бы одного хирурга общехирургического стационара по вопросам детской хирургии (первичная специализация, усовершенствование на рабочем месте в ВОДКЦ).
3. Внедрить институт наставничества в лечебно-профилактических учреждениях.
4. Расширять аудиторию участников детских хирургических конференций за счет привлечения общих хирургов. Уделять больше внимания изложению особенностей детской хирургии в хирургической среде.