

РОЛЬ РАЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ МЕЖБОЛЬНИЧНОГО ТРАНСПОРТИРОВАНИЯ В УМЕНЬШЕНИИ ЧИСЛА ОСЛОЖНЕНИЙ И СНИЖЕНИИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ.

Обедин А.Н.¹, Анисимов И.Н.², Анненков М.В.², Иванов К.Н.², Минаев С.В.¹

1- Ставропольский государственный медицинский университет,

2- Детская краевая клиническая больница. Ставрополь

Цель исследования: изучение влияния проводимой транспортировки на развитие гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде и установление роли эффективной модели организации межбольничного транспортирования в снижении младенческой смертности.

Материалы и методы: Работа выполнена на основании ретроспективного анализа историй болезни новорожденных, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии Краевой детской клинической больницы г. Ставрополя в период с 1993 по 2007 годы. При анализе было выделено три периода оказания помощи новорожденным с врожденными хирургическими пороками развития ЖКТ на территории Ставропольского края. Первый период соответствует организации и развитию специализированной реанимационной помощи новорожденным края с врожденными пороками развития ЖКТ, которые лечились оперативно за период времени с 1993 по 1999 годы. Преобладающее большинство новорожденных с пороками развития ЖКТ поступали в ОИТАР из медицинских учреждений крупных промышленных городов. Кроме того, практически отсутствовала дыхательная аппаратура для продленной ИВЛ, хирургическая техника находилась на этапе освоения, а помощь детям оказывали анестезиологи-реаниматологи общего профиля. В структуре заболеваемости преобладали атрезия 12-перстной кишки, меконеальный илеус, врожденная низкая кишечная непроходимость, а также множественные пороки развития. Эти же нозологии вносили наибольший вклад в структуру летальности.

Следствием анализа существующей ситуации явилось создание в Ставропольском крае системы реанимационно-консультативной помощи (РКЦ), задачами которой стало совершенствование оказания неотложной помощи детскому населению. Были созданы протоколы оказания помощи детскому населению, стандартизирован подход к оснащению палат и отделений интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации в районах Ставропольского края. Проводилось непрерывное обучение медицинского персонала работе с детским населением, в том числе и новорожденными с хирургической патологией. Результатом проведенной работы явилось значительное снижение общей летальности среди пациентов периода новорожденности с врожденной хирургической патологией желудочно-кишечного тракта, существенное сокращение летальности по различным районам края. Уменьшилась общая летальность и по отдельным наиболее значимым нозологиям: атрезия пищевода, кишечная непроходимость и гастрошизис. Не удалось сократить летальность по такому грозному

заболеванию, как врожденная диафрагмальная грыжа(2006-2007 гг 86,36%). Средняя летальность среди новорожденных с врожденными аномалиями развития ЖКТ за описываемый период времени заметно снизилась по сравнению с 1993-1999 годами и составила 40,37%.

Проведенное исследование позволило выявить методику расчета положительной и отрицательной прогностической значимости клинических факторов для развития гнойно-септических осложнений после хирургической коррекции. Статистически достоверной принималась величина прогностической ценности, $> 0,7$.

Проведенная нами работа позволила разработать и внедрить в крае стандарт транспортировки детей, находящихся в тяжелом состоянии, который включает в себя установление показаний и противопоказаний к транспортировке новорожденного на этап оказания хирургической помощи, проведению ИВЛ и инфузионной терапии, а также соблюдению температурного режима и мониторингованию жизненно-важных функций во время транспортировки. В большинстве случаев осуществляли на реанимобиле (класс С), оборудованном в соответствии с принятыми нормами. К мониторингу жизненно-важных функций организма во время транспортировки новорожденного также предъявляется ряд требований (Мостовой С.М., Александров Ю.С., 2007). Минимальный объем: пульсоксиметрия, термометрия, ЭКГ, ЧДД, неинвазивный мониторинг АД. Расширенный объем: капнография, контроль показателей КЩС, контроль уровня глюкозы крови, глубина седации

Подготовка пациента к транспортировке. Она включала оценку жизненно-важных органов и систем и определение ведущей зоны поражения, прогнозирование риска неблагоприятного исхода транспортировки в ближайшие сутки.

Обязательной была фиксация шейного отдела позвоночника.

При перемене дыхательной аппаратуры в течение 30 минут оценивали комфортность для больного и адекватность режимов вентиляции.

При проведении транспортировки новорожденного пользовались стратифицированными шкалами оценки риска транспортировки. Нами используется в работе шкала, предложенная в 2000 году Канадскими исследователями (Shoo R., Lee Paul Thiessen и David Shorten, 2000).

При оценке выше 30 баллов считали, что транспортировка противопоказана до улучшения состояния новорожденного (терапия от 2 до 12 часов на месте).

Выделяли три транспортных потока (больные с клиникой ДН, больные с неврологической симптоматикой и больные с клиникой шока и (или) подозрением на врожденные аномалии развития, требующие хирургической коррекции), проводили комплекс мероприятий для каждого из них:

Выводы:

Проведенный анализ эпидемиологии врожденных заболеваний ЖКТ у новорожденных Ставропольского края показал, что разработанный и внедренный в практику работы диагностический и лечебный алгоритм позволил существенно снизить летальность в данной группе больных,

уменьшить развитие послеоперационных гнойно-септических осложнений. Соблюдение единообразного подхода к транспортировке существенно уменьшает риск для жизни новорожденного и позволяет рационально использовать имеющиеся ресурсы здравоохранения. При сравнении статистических показателей в группе больных с соблюдением стандартов (группа В, группа С) и без соблюдения стандартов транспортировки (Группа А) имеется статистически значимая разница показателей летальности и количества развития гнойно-септических осложнений (таб.4.2).

Выполнение стандартов транспортировки новорожденных существенно уменьшает количество гнойно-септических осложнений и улучшает показатели летальности, а также сокращает число ухудшений состояния больного после перегоспитализации, что приводит к сокращению сроков пребывания в ОИТАР. При транспортировке новорожденных с пороками развития ЖКТ следует использовать разработанные алгоритмы. В ходе транспортировки необходимо использовать угрозомерическую шкалу TRIPS для оценки степени риска ухудшения состояния в ближайшем периоде после транспортировки.