

- за исследуемый период времени в диспансерной группе больных отмечается снижение доли далеко зашедшей и терминальной стадий глаукомы с 42 до 34%;

- доля глаукомы в структуре инвалидности в РС(Я) составила 34 %, что значительно выше среднестатистических показателей по России (29%), и в структуре первичной инвалидности глаукома занимает лидирующее положение (52,6 и 35,7% соответственно);

- из впервые признанных инвалидами вследствие глаукомы доля инвалидов первой группы составила в 2009 г. 57,0%, что свидетельствует о низкой активности выявления больных;

- по данным МСЭ, за последние три года отмечена относительная стабилизация заболевания и наступления

инвалидности второй и третьей групп в среднем (30%);

- за последнее десятилетие с ростом распространённости глаукомы на территории республики с 93,5 до 133,5 (на 10 000) увеличилось и количество инвалидов – с 1059 до 1124.

Из вышеизложенного следует, что в связи с высоким распространением глаукомы в республике необходимо открыть межрайонные глаукомные кабинеты, оснащенные современным оборудованием и специально обученным персоналом.

Литература

1. Дорофеев В.Н. Болезни глаз среди населения Вилюйского и Олёкминского округов / В.Н. Дорофеев // Материалы комиссии по изучению Якутской Автономной Советской Соци-

алистической Республики. – Л.: Изд. Академии наук СССР, 1930. –С. 29-34.

2. Либман Е.С. Эпидемиологическая характеристика глаукомы / Е.С. Либман //Глаукома. – М., 2009. – №1 (приложение). – С. 2-3.

3. Либман Е.С. Эпидемиологические характеристики глаукомы / Е.С. Либман, Е.А. Чумалева, Я.Э. Елькина //Новости офтальмологии. – М., 2007.

4. Тарабукина А.Э. Медико-социальные проблемы глаукомы / А.Э. Тарабукина, Т.И. Тарюская // Практические аспекты медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в Республике Саха (Якутия): мат. респ. конф. – Якутск, 2010. – С.108-112.

5. Удалова Н.Т. Офтальмологии Якутии 80 лет: этапы и перспективы ликвидации устранимой слепоты / Н.Т. Удалова //Офтальмологии Якутии-80: этапы и перспективы устранимой слепоты. – Якутск, 2005. –С. 15-33.

6. Quigly H.A. //The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / Br.J.Ophthalmolgi. H.A. Quigly, A.T. Broman. – 2006. – 90. –С. 262-270.

А.Н. Григорьева

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПО ДАННЫМ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА РБ№1-НЦМ

УДК 616-053.3-089.168.8(571.56)

Показатель больничной летальности детей первого года жизни - один из основных показателей эффективности деятельности детского стационара и отражает такие параметры, как: уровень качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе и состояние urgentных видов помощи детям первого года жизни в лечебно-профилактических учреждениях республики; качество пренатальной диагностики во всех лечебно-профилактических учреждениях республики; качество работы отделения реанимации и интенсивной терапии и его ресурсное обеспечение (кадровое и техническое); уровень ответственности коллектива детской больницы в деле снижения младенческой смертности; организацию и качество высокотехнологичной медицинской хирургической помощи новорожденным и детям раннего возраста с врожденными пороками и аномалиями развития.

С целью изучения состояния летальности детей первого года жизни в условиях специализированного стационара проведен медико-статистический анализ данных из первичных медицинских документов 44 детей

первого года жизни, умерших в Педиатрическом центре РБ№1-НЦМ в период 2005-2009 гг.

Анализ результатов медико-статистического исследования больничной летальности детей первого года жизни показал, что 52,3% составили дети из улусов, 47,7 – дети из г. Якутска; по национальному составу 63,6% - якуты, 29,5 – русские, 4,5 – эвены, 2,3% – прочие; по полу: 63,6% - мужского пола, 36,4 – женского. В неонатальном периоде умерли 43,2% детей, в раннем неонатальном периоде 20,4, позднем неонатальном периоде – 56,8, постнеонатальном периоде – 56,8%.

18,1% случаев летальности детей первого года жизни составила досуточная летальность. Хирургические операции и манипуляции были проведены у 61,4% умерших. В отделениях хирургического профиля умерли 61,4, соматического – 38,6% детей первого года жизни, госпитализированных в Педиатрический центр.

Анализ структуры причин леталь-

ных исходов у детей в возрасте до года по заболеваниям показал, что врожденные аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99) составили 54,5%, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96) – 25,0%, болезни системы кровообращения (I00-I99) – 6,8; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E89) – 4,5; новообразования (C00-D48), болезни органов пищеварения (K00-K92), болезни нервной системы (G00-G98), 2,3%, а также травмы, отравления и некоторые др. последствия воздействия внешних причин (S00-T98) составили по 2,3% каждое.

В структуре умерших от врожденных пороков развития (ВПР) 62,5% составили пороки развития органов пищеварения, 31,3 – пороки развития системы кровообращения, 6,2% – множественные ВПР.

Патологоанатомические исследования в 95,4 % случаев

Динамика госпитальной летальности детей за 2005-2009гг. в Педиатрическом центре (% к госпитализированным соответствующего возраста)

Показатель	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.
Летальность детей от 0 до 1 года	0,7	0,7	0,9	0,4	0,9
Летальность детей от 0 до 14 лет	0,2	0,21	0,21	0,1	0,18

ГРИГОРЬЕВА Антонина Николаевна – зав. орг.-метод. отделом Педиатрического центра РБ№1-НЦМ МЗ РС(Я).

умерших. Расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов констатированы в 2 случаях (4,5%).

Детальный экспертный анализ каждого летального исхода в стационаре необходим не только для поиска новых

эффективных методов лечения, определения резервов по совершенствованию лечебно-профилактической работы и улучшению показателей здоровья детского населения, но и в определенной степени для улучшения работы

по профилактике рождений детей с врожденной патологией, совершенствования, повышения ответственности и эффективности качества пренатальной диагностики ВПР у плода на всех уровнях ЛПУ РС(Я).

ОБМЕН ОПЫТОМ

Д.А. Чичахов

ПРИМЕНЕНИЕ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ РБ №1-НЦМ

УДК 616.089.5+616.053.2(571.56)

Проведён анализ использования регионарных методик интраоперационной анестезии врачами-анестезиологами Педиатрического центра Республиканской больницы №1-Национального центра медицины Республики Саха (Якутия) за семилетний период (с 2002 по 2008 гг.). Исследована частота использования различных методов регионарной анестезии, ее состав и качество, успехи и неудачи в использовании этих видов анестезий. Метод сбалансированной регионарной анестезии характеризуется как метод с наименьшими осложнениями и негативными эффектами, рекомендовано его широкое внедрение в практику работы врачей отделения.

Ключевые слова: регионарная анестезия, спинальная анестезия, проводниковая анестезия, сбалансированная регионарная анестезия, детский возраст.

The problem of regional anesthesia used in pediatric surgery has been inadequately studied. This investigation was undertaken to develop a balanced regional anesthesia schedule and to analyze its efficiency during orthopedic operations on the lower extremities in 190 children aged 1 to 17 years. Comparative assessment of monitored indices during surgery and a need for postoperative analgesia in the groups of patients demonstrated a reliable intraoperative and effective postoperative analgesia after balanced regional anesthesia.

Keywords: regional anesthesia, spinal anesthesia, conduction anesthesia, balanced regional anesthesia, children.

Основная задача современной анестезиологии – обеспечение адекватной анестезиологической защиты организма пациента не только во время операции, но и в ближайшем послеоперационном периоде. Для решения этой задачи в настоящее время используются различные методики анестезий и комбинаций препаратов, в основе которых лежит принцип мультимодальности.

В последнее десятилетие наблюдается бурное развитие новых видов анестезиологического обеспечения операций в детской ортопедии. Широкое внедрение сбалансированной анестезии позволяет избежать осложнений, присущих общему наркозу. Обеспечение полной регионарной аналгезии за счет блокады болевой импульсации в комбинации с поверхностной общей анестезией или при сохраненном сознании имеет ряд преимуществ перед стандартными методиками общего обезболивания в детской хирургии.

Возрождение методов регионарной анестезии началось с конца 70-х гг. XX столетия, когда в печати появились работы демонстрирующие преимущества данного вида анестезии над методами общей анестезии. Так, в работе Schulte-Steunberg показано, что остановка сердца при общей анестезии

встречается у одного пациента на 2500 наркозов, в то время как при регионарной анестезии в 11000 наркозов [7]. Помимо снижения интраоперационной летальности при регионарной анестезии доказано, что снижается операционная кровопотеря, количество тромбозмембранных осложнений и легочных инфекционных процессов, ликвидируются стрессовые реакции на саму операционную травму, сокращается время пребывания больного в стационаре [5,2,3,6]. Современный инструментарий позволяет четко идентифицировать блокируемый нерв, специальные иглы и современные анестетики позволяют довести до минимума интра- и послеоперационные осложнения. В 1972 г. Д.И. Парнес в Ленинградском педиатрическом институте стал инициатором внедрения методов регионарной анестезии в практику детской хирургии [4]. Сегодня Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия является центром разработки теории и практики применения методов регионарной анестезии в педиатрии [2].

Возрастающий интерес детских анестезиологов к блокам нервов и сплетений можно объяснить с позиций эндокринно-метаболических ответных реакций организма больного на операционный стресс и имеющейся возможностью эффективного прерывания регионарными блоками ноцицептивной импульсации, связанной с операцией и течением раннего послеоперационного периода. Существующая в

настоящее время концепция «сбалансированной регионарной анестезии» рассматривает регионарные блокады не как альтернативу общей анестезии, а как дополнение к последней, позволяя значительно уменьшить концентрацию, дозировку ингаляционных и внутривенных анестетиков, наркотических анальгетиков. Регионарные блокады обеспечивают исключительную по эффективности послеоперационную аналгезию с сохранением сознания, нормальным контролем вентиляции и низким риском респираторной депрессии. Кроме этого, результаты экспериментальных и клинических исследований, полученные в предшествующие годы, во многом ответили на вопросы, связанные с физиологией методов регионарной анестезии, фармакологией и фармакокинетикой местных анестетиков и техническим осуществлением регионарных блокад [3,6].

В отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ) Педиатрического центра Республиканской больницы №1-Национального центра медицины (РБ №1-НЦМ) Республики Саха (Якутия) (РС (Я)) с 2002 г. внедряются методы регионарной анестезии при различных оперативных вмешательствах у детей. В ОАРИТ также имеется большой опыт применения продленной перидуральной аналгезии в послеоперационном периоде у детей различного возраста. Внедрение методов интраоперационной регионарной аналгезии в рутинную практику детского врача-анестези-