

ОПЫТ МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Казаков Д.П.

Перегоспитализация критически больных новорожденных в специализированные центры в современной медицине критических состояний является важной и до конца нерешенной задачей.

В сообщении обобщен 10-тилетний опыт работы реанимационно-консультативных бригад (РКБ) Свердловского областного РКЦН по транспортировке новорожденных с нарушениями жизненно важных функций в специализированные областные неонатальные центры. За это время осуществлена перегоспитализация 2566 детей. Около 80% из них транспортировались на ИВЛ. Летальность в группе новорожденных, перенесших транспортировку, в 1993 году составляла 21,3%. После внедрения протокола транспортировки, описанного ниже, в 1999 году она снизилась до 7,9%. Надо отметить, что в процессе транспортировки летальные исходы наступали во все годы у единичных больных.

Как правило решение о транспортировке ребенка в специализированный центр принимается еще до приезда РКБ, а поскольку о пациенте имеются формализованные высокоинформативные сведения, полученные с помощью компьютеризированной экспертной системы «ДИНАР-2», то предтранспортировочная подготовка начинается задолго до перегоспитализации и прибытия бригады. Характер подготовки определяется на основании оценки функций жизненно важных систем организма, причем, в первую очередь, определяется способность больного безопасно перенести транспортировку.

На основании клинических данных и пульсовой оксиметрии определяется степень острой дыхательной недостаточности и характер респираторной терапии. С учетом прогноза динамики состояния ребенка, условий транспортировки избирается тот вид респираторной

поддержки, который не будет изменяться в процессе перегоспитализации. Если ребенку проводится ИВЛ, то, после прибытия РКБ, она продолжается тем респиратором, который будет использоваться при транспортировке.

В процессе предтранспортирной подготовки устраняется гиповолемия, тяжелая анемия, проводится инотропная поддержка при наличии острой сердечной недостаточности.

До прибытия бригады нормализуется температура тела, устраняется гипогликемия. При наличии сосудистых катетеров до транспортировки внутривенно вводятся бактерицидные антибиотики. После прибытия РКБН подготовка к транспортировке проводится в условиях транспортного инкубатора, доставляемого в палату.

Транспортировка осуществляется нами преимущественно специализированным автотранспортом, в условиях транспортного инкубатора. При расстояниях, превышающих 250-300 км. используется авиатранспорт.

Перед транспортировкой все новорожденные обязательно заворачиваются в одеяло из полиэтиленовой пленки или фольги, что существенно снижает потери тепла путем перспирации. Все катетеры и трубки надежно фиксируются, проверяется надежность работы мониторов.

Во время транспортировки осуществляется клинический мониторинг, термометрия, пульсовая оксиметрия.

ИВЛ проводим респираторами «Babylog-2» транспортного комплекса фирмы «Dreger» или «Stephan-Rheanimator» комплекса фирмы «Air Shield». При времени в пути, превышающем 1,5 - 2,0 часа стремимся использовать респиратор с увлажнением газовой смеси.

При длительной транспортировке или необходимости проведения в пути инотропной поддержки проводится инфузионная терапия, как правило, растворами глюкозы в дозе 5-8 мг/кг/мин.

При использовании авиатранспорта, с учетом эффектов дисбаризма, обязательно увеличиваем во время полета концентрацию кислорода в газовой смеси и вводим постоянный зонд в желудок.

Все данные мониторинга и лечебных мероприятий, проводимых во время транспортировки и при подготовке к ней, фиксируются в карте транспортировки.

По прибытии дети доставляются в стационар в транспортном инкубаторе, на фоне проводимой интенсивной терапии.

Данные о состоянии ребенка в пути и по прибытии в стационар заносятся в экспертную систему «ДИНАР-2» и по динамике индекса тяжести состояния определяется оценка качества транспортировки.

Нетранспортабельными признаем детей в состоянии суб- и декомпенсированного шока, а также новорожденных с тяжелыми поражениями ЦНС и грубыми витальными нарушениями. Кроме того, мы выделяем понятие «нецелесообразность транспортировки», что означает отсутствие показаний к перегоспитализации у пациентов со стабильными и длительными признаками декомпенсированного поражения ЦНС, с некорригируемыми врожденными пороками развития и другой патологией, несовместимой с жизнью.

Совершенствование технологии транспортировки критически больных новорожденных явилось важным фактором существенного снижения летальности среди консультируемых и курируемых больных, а также стабильного снижения неонатальной смертности в Свердловской области.