



Качество диспансерного наблюдения детей и подростков, перенесших экстренные и плановые оперативные вмешательства под общим наркозом.

Авдеева Т.Г., Усачев Р.К., Платоненкова Е.М.

- Большое значение для российского здравоохранения и социально-экономического развития общества имеет диспансеризация детского населения, позволяющая снизить уровень заболеваний.
- **Диспансеризация детей предупреждает тяжелое течение заболеваний, возникновение обострений, развитие инвалидности, уменьшает риск преждевременной смертности.**

В соответствии с:

- Частью 1 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 27, ст. 3477; 2016, N 27, ст. 4219) и
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 16 мая 2019 г. N 302н "Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях"

утвержден Порядок прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях.

Диспансеризация осуществляется не только в отношении здоровых детей, страдающих острыми и хроническими заболеваниями, в том числе, включенными в перечень социально значимых заболеваний, но также несовершеннолетних, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых **травм и оперативных вмешательств.**

- При постановке ребенка на учет по месту жительства и затем весь период диспансеризации педиатр решает ряд задач, направленных на всестороннюю реабилитацию здорового и больного ребенка.
- Постановка на диспансерный учет фиксируется в двух медицинских документах: истории развития ребенка (**форма 112/у**) и контрольной карте диспансерного больного (**форма 30/у**).

Педиатром составляется план наблюдения за ребенком:

- кратность осмотра педиатром и врачами специалистами соответствующего профиля согласно имеющимся заболеваниям;
- кратность и конкретные сроки осмотра специалистами или врачами смежных специальностей согласно декретированного возраста ребенка;
- объем и кратность необходимых клинических и параклинических исследований,
- перечень реабилитационных и противорецидивных мероприятий, их кратность в течение года (режим, диета, медикаментозная реабилитация, физиотерапия, санаторно-курортное лечение).

Формы оказания медицинской помощи*



1. Экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;



2. Неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;



3. Плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой для жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

** - Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 32*

ВИДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ОПЕРАЦИИ:

- *Общехирургические*
- *Проктологические*
- *Урологические*
- *Онкологические*
- *Травматологические*
- *Сосудистые*
- *Ортопедические*
- *Гинекологические*
- *Офтальмологические*
- *Оториноларингологические*
- *Стоматологические*

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Цель работы:

- Изучить в условиях промышленного города (на примере г. Смоленска) особенности диспансерного наблюдения детей и подростков в послеоперационный период с учетом тяжести и характера (плановые/экстренные) перенесенного оперативного вмешательства и наличия у них соматических заболеваний.
- Установить частоту заболеваемости таких больных респираторно-вирусными заболеваниями в ранний и отсроченный послеоперационный период.

Методика:

- Проведен анализ и представлены статистические данные по частоте встречаемости экстренного и планового оперативного вмешательства у детей города Смоленска за 2019 г., в зависимости от возраста, пола и наличия соматических заболеваний по данным ОГБУЗ ДКБ Поликлиник № 5,6.
- Методом сплошной выборки проанализировано 78 детей, подвергшихся оперативному вмешательству за 2019 г., изучены истории развития ребенка (форма 112/у) и контрольные карты диспансерного больного (форма 30/у).
- Дети распределены по полу, и возрастным группам: 1-я – от 0 до 3 лет, 2-я – от 4 до 7 лет, 3-я – 8-12 лет, 4-я – 13-18 лет, что соответствует возрастной периодизации [2].
- Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия согласия Пирсона с равно частотной группировкой данных при уровне значимости 0,05. Автоматизацию критерия обеспечивали посредством статистических функций табличного процессора Excel. Достоверность различия изучаемых признаков оценивалась с использованием углового преобразования Фишера. Статистическая значимость признавалась при вероятности >95% ($p < 0,05$).

- Операционная травма и анестезия оказывают существенное влияние на иммунную систему организма, которая в значительной степени определяет течение и исход многих заболеваний и хирургических вмешательств.
- Кроме того, хирурги и анестезиологи часто имеют дело с больными, у которых иммунная защита уже исходно ослаблена в результате нарушений питания, основного и сопутствующих заболеваний, предшествующего опухолевого или инфекционного процесса, сепсиса.
- Проблема угнетения иммунитета под влиянием хирургической травмы, анестезии и других стрессорных факторов чрезвычайно актуальна и важно учитывать это положение при организации реабилитационных мероприятий для наступления благоприятного после операционного исхода у больного.
- Поэтому так важно правильно организовать диспансерное наблюдение и проводимые реабилитационные мероприятия.

Хирургическое лечение ребенка делится на три этапа:

- 1. предоперационный период** (во время которого происходит подготовка ребенка к оперативному плановому вмешательству),
- 2. непосредственно операция**
- 3. лечение и наблюдение в послеоперационном периоде.**

Послеоперационный период можно также разделить **на три фазы:**

- **ранняя фаза** составляет от 2-х до 5 дней,
- **поздняя** – до 2-х недель, когда ребенок наблюдается в условиях стационара, до момента снятия швов;
- **отдаленная фаза**, которая протекает вне стационара и используется для окончательной ликвидации общих и местных расстройств, вызванных операцией

От правильного ведения больного в послеоперационном периоде зависит степень надежности выздоровления.



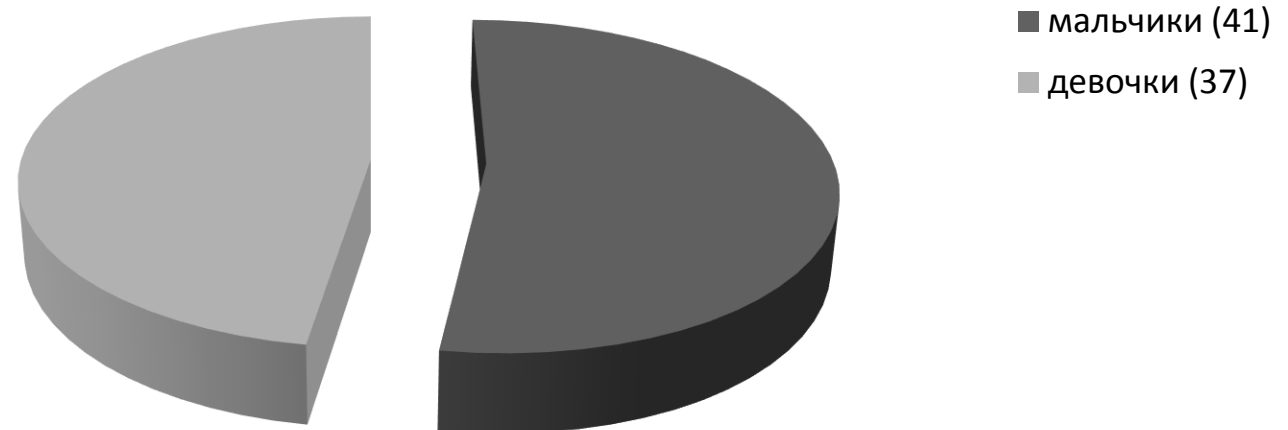
Поскольку анестетики влияют на нейрогуморальные реакции, сопровождающие операцию, то характер анестетика, глубина наркоза и меры по дополнительной защите от хирургического стресса могут играть важную роль в развитии клинической реакции организма на инфекции, сопровождающиеся изменениями клеточного иммунитета.

Коррекция иммунных нарушений должна проводиться как до оперативного вмешательства, так и после, что в свою очередь, должно отражаться как на кратности, так и качестве диспансерного наблюдения за детьми.

Всего исследованию подверглось 78 детей, закрепленных за поликлиниками №5 и 6 ОГБУЗ ДКБ г. Смоленска.

Из них мальчики составили 41 чел.(52,6%) ($p < 0,05$), а девочки 37 чел.(47,4%)($p < 0,05$).

**Половая характеристика детей,
перенесших экстренные и
плановые оперативные
вмешательства.**



**Сравнительная возрастная и половая характеристика детей ОГБУЗ ДКБ Поликлиник №5,6
г. Смоленска, получивших общий наркоз при экстренных и плановых оперативных вмешательствах.**

Примечание: # – различия между группами ($p \leq 0,01$), * – различия между группами ($p \leq 0,05$)

Возраст	До 3-х лет		4-7 лет		8-12 лет		13-18 лет	
	Экстр.	План.	Экстр.	План.	Экстр.	План.	Экстр.	План.
Характер оперативного вмешательства	1*	7*	4*	20*	13*	19*	7*	7*
	1	4*	3*	11*	5*	10*	3*	5*
Мальчики	1	4*	3*	11*	5*	10*	3*	5*
Девочки	0#	3#	1#	9#	8*	9*	4*	2*

- Наиболее часто экстренные оперативные вмешательства получали дети в возрасте от 13 до 18 лет ($p < 0,05$)
- Меньшая частота экстренного вмешательства отмечена у детей в возрасте от 0 до 3 лет ($p < 0,05$)
- Что касается возраста детей, получивших плановую оперативную помощь, с проведением общего наркоза, то наиболее часто это происходит в возрасте с 4 до 7 лет, 20 детей 83,3% ($p \leq 0,05$),
- реже всего в плановом порядке оперируются дети в возрасте от 13 до 18 лет ($p \leq 0,05$)

- При постановке ребенка на учет при плановой операции, а затем и весь период после операции, участковый педиатр решает ряд задач, направленных на подготовку больного к проведению операции, а после операции – по организации диспансерного наблюдения и проведению реабилитационных мероприятий.
- **Первой задачей** является постановка ребенка, нуждающегося в плановом оперативном лечении, с учетом его имеющихся соматических сопутствующих заболеваний на диспансерный учет, что фиксируется в медицинских документах: истории развития ребенка (**форма 112/у**) и **контрольной карте диспансерного больного (форма 30/у) по профилю патологии у специалиста,**
- **Вторая задача** - составление плана диспансерного наблюдения за ребенком до операции, который включает кратность и сроки осмотра педиатром и врачами специалистами соответствующего профиля, объем и кратность необходимых клинических и параклинических исследований, программу реабилитационных мероприятий.

Этапы анестезиологического пособия у детей

Предоперационный период

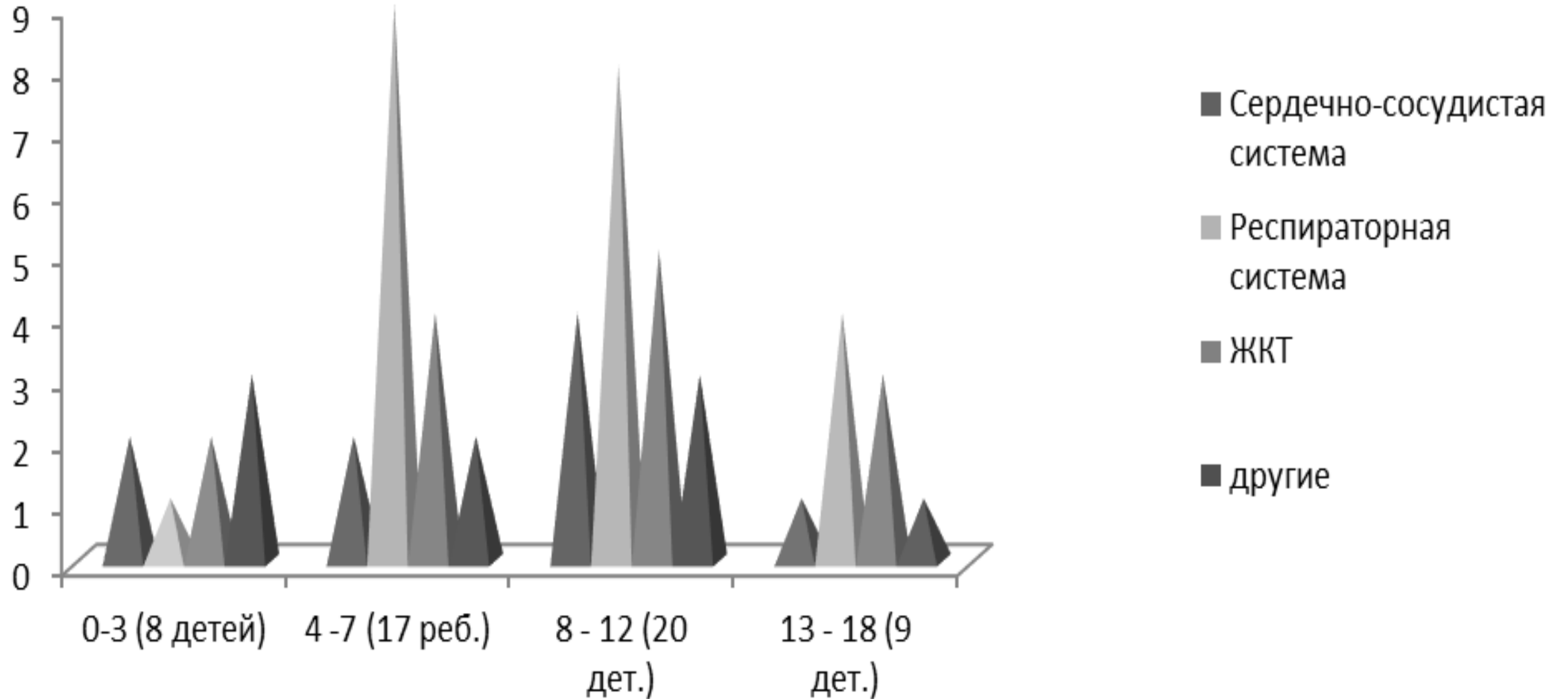
- При планировании операции у детей раннего возраста необходимо выяснить акушерский (родовая травма, энцефалопатии) и семейный (есть ли у родственников непереносимость каких-либо препаратов) анамнез.
- Детям с неврологической патологией операция планируется после консультации невролога, дополнительных исследований (ЭЭГ, УЗИ головного мозга) и проведения назначенной специалистом коррегирующей терапии (при необходимости).



- Важно учитывать при любом варианте хирургического вмешательства не только причину операции, но и наличие сопутствующих заболеваний у ребенка (с учетом их тяжести, периода болезни, особенностей течения), так как и в этом направлении необходимо проводить реабилитационные мероприятия для успешного исхода оперативного процесса для снижения операционных осложнений и облегчения течения послеоперационного периода.
- **Это положение должно быть основой для построения предоперационной и послеоперационной программы реабилитации каждого конкретного больного**

- Нами были установлены для каждого возраста детей, получивших плановую и экстренную оперативную помощь наиболее часто встречающиеся соматические заболевания.
- У детей от 0 до 3 лет встречались **чаще врожденные пороки развития (50%)** и **заболевания желудочно-кишечного тракта (25%)**, причем при данных патологиях **чаще болели мальчики** ($p < 0,05$).
- **От 4-х до 7 лет** количество детей с соматическими заболеваниями составило 17 человек. В этом возрасте на первое место выходят **заболевания респираторной системы**, проявляющиеся в виде частых эпизодов ОРВИ в течение года (более 3-х раз за год) **(52,9%)**, ($p < 0,05$).
- Соматические заболевания в группе детей от **8 до 12 лет** имелись у 20 человек, наиболее часто представлены **респираторные заболевания (40%)** и **патология пищеварительного тракта (25%)**, ($p < 0,05$).
- В группе детей подросткового возраста (**от 12 до 18 лет**) количество детей с хроническими соматическими заболеваниями составило 9 человек, наиболее часто у них имелись заболевания **бронхо - легочной (44,4%)** и **пищеварительной системы (33,3%)**, ($p < 0,05$).

Распространенность сопутствующих заболеваний у детей, получивших общий наркоз в зависимости от возраста



Изучая ранний и отсроченный послеоперационный период, было установлено:

- количество детей переболевших ОРВИ в течение первых трех месяцев после перенесенного оперативного вмешательства, в зависимости от возраста, пола и характера оперативного вмешательства,
- проанализировано, какие специалисты, наиболее часто наблюдают детей в данный период времени.

Таблица 2. Показатели заболеваемости детей в позднем и отсроченном послеоперационном периоде с учетом возраста, пола и наличия сопутствующих заболеваний

Возраст		0-3		4-7		8-12		13-18	
		м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Кол-во Случаев ОРВИ	В период до 1 месяца	1*	0*	3*	2*	4*	2*	0*	1*
	В период до 3-х месяцев	2*	1*	5*	6*	9#	7#	3#	2#
	При экстренном оперативном вмешательстве	1*	0*	2*	1*	4*	5*	2*	3*
	При плановом оперативном вмешательстве	1#	1#	6*	7*	9#	4#	1*	0*

Примечание: # – различия между группами ($p \leq 0,01$), * – различия между

1. Возрастная группа от 0 до 3 лет наблюдалась в поздний послеоперационный период в 100% случаев, участковым педиатром, хирургом, ортопедом,

2. На первом месяце при наличии сопутствующей сердечно - сосудистой патологии или заболеваний ЖКТ, всех детей наблюдал врач кардиолог, гастроэнтеролог.

3. Наблюдение детей с 1 года до 3-х лет проведено педиатром и хирургом в 100% случаев. Узкие специалисты провели осмотр только в 25% случаев (осмотрено 2-ое детей из 8).

Из всех прооперированных детей, выявлен 1 случай ОРВИ на первом месяце у ребенка, перенесшего операцию по экстренным показаниям.

Наблюдение в период с месяца до 3-х месяцев выполнялось исключительно узко профильными врачами (хирург, ортопед), педиатром. Узкие специалисты в диспансеризации не участвовали у детей при наличии сопутствующих заболеваний.

Число переболевших ОРВИ детей в период до 3-х месяцев, возросло до 3-х человек, (37,5%) от общего количества прооперированных детей.

Диспансерного осмотра узкими специалистами при сопутствующих заболеваниях не проводилось у этих детей также.

- Анализируя лабораторные и клинические методы исследования, проведенные детям в раннем и отсроченном периоде, было установлено, что ОАК был проведен только 2-м детям, перенесшим ОРВИ, осложнившимся обструктивным бронхитом, что составило **2,6%** от общего количества детей.
- ЭКГ проводилось двум детям в возрастной группе **от 0 до 3 лет**, имеющих сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, что составило **2,6%** от общего количества прооперированных детей, при этом детям других возрастных групп при наличии сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, данное исследование не проводилось.
- ЭЭГ выполнено 1 ребенку (1,28%), выписанному из травматологического стационара и имеющего в анамнезе сотрясение головного мозга.
- УЗИ ОБП выполнено 0% случаев,
- УЗИ мочевыделительной системы 0% случаев,
- БХ – исследование крови – 0% случаев.

Заключение.

- Проведенные исследования показали возрастные особенности прооперированных детей по экстренным и плановым показаниям в условиях современного промышленного города.
- Выявлен отягощенный фон имеющейся сопутствующей патологии у таких пациентов.
- Впервые осуществлена оценка диспансерного наблюдения данного контингента прооперированных детей, проживающих в городских условиях после выписки из стационара не только специалистами, но и полнотой проведения клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования.
- Отмечено, что на момент выписки после операции приводятся рекомендации по наблюдению только хирургом и не учитывается наличие сопутствующей патологии, что требует дополнительных мероприятий по диспансерному наблюдению профильных специалистов, а не только врача педиатра, с проведением необходимых контрольных клинико-инструментальных обследований.
- Проанализирована частота развития острых респираторных заболеваний в послеоперационный период

Благодарим за внимание!

