

осложнений. Генферона® Лайт необходимо применять по 2 свечи в сутки ежедневно с 12 – часовым интервалом в течение 7 дней, затем по 1 свече на ночь через в течение 1 месяца.

Заключение. Благодаря проведенным исследованиям уже сейчас можно говорить о высоком терапевтическом эффекте Генферона® Лайт в лечении инфекции мочевой системы у детей, в частности острого пиелонефрита в условиях амбулаторно-поликлинической службы. Благодаря входящим в него компонентам (рч ИНФ-α2b, таурин) Генферон® Лайт оказывает противовирусное, иммуномодулирующее, противовоспалительное, репаративное, антипролиферативное и антиоксидантное средство, практически не вызывающим побочных явлений и обладающее широким профилем безопасности у детей раннего возраста.



УДК 615.035.1

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОВ В ГИНЕКОЛОГИИ, АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

Н. С. Ахмадьяр, д.м.н., старший клинический фармаколог

АО «Национальный научный медицинский центр
материнства и детства»

г. Астана

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты исследования 6285 медицинских карт женщин, беременных и новорожденных, которые показывают, что антибактериальная профилактика значительно превалирует над антибактериальной терапией.

Ключевые слова: антибактериальная терапия, профилактика, инфекция, беременные, новорожденные.

Актуальность темы. Антибиотики принадлежат к числу лекарственных средств, наиболее часто назначаемых беременным и новорожденным. Показанием к назначению антибиотиков является инфекционно - воспалительный процесс любой степени тяжести. Однако назначение антибиотиков требует определенной дисциплины – следует строго соблюдать принципы рациональной антибактериальной терапии, учитывая особенности всасывания препаратов, их распределения, накопления в тканях, их элиминации у беременных и новорожденных, связанные с выделительной функцией печени и почек, состоянием всех органов и систем, влияющих на фармакокинетику антибактериальных препаратов.

Антибиотики и связанная с ними высокая вероятность появления нежелательных реакций занимают особое место в фармакотерапии. Избыточное назначение антибактериальных лекарственных средств беременным и новорожденным в акушерских стационарах связано с трудностями идентификации возбудителя, неспецифичностью клинических признаков воспалительного процесса, что влечет за собой гипердиагностику внутриутробных инфекций, с отсутствием четких диагностических критериев, смешиванием понятий «инфицирование» и «инфекция», а также с желанием скрыть случаи госпитальной инфекции, возникновение которой нередко чревато административными мерами. Помимо нежелательных реакций у конкретного пациента, нерациональное использование антибиотиков достаточно быстро приводит к формированию лекарственно - резистентных внутрибольничных штаммов.

С целью избежать вышеизложенных проблем при использовании антибактериальных препаратов в клинической практике, нами выделены *стратегические* принципы – планирование антибактериальной терапии с учетом региональных тенденций резистентности возбудителей. *Тактические* – включающие в себя: обоснованное назначение, правильный выбор препарата, адекватный режим дозирования, обоснованная и рациональная комбинация препаратов, продолжительность, верные критерии эффективности лечения. *Финансовые* принципы, в которых учитывается стоимость доступных антибактериальных ЛС.

Цель исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт за 2013 год по вопросам использования антибиотиков в отделе акушерства и гинекологии (ОАГ) АО «ННЦМД».

Материалы и методы. ВОАГ АО «ННЦМД» входит 6 отделений из них 2 реанимационных, 2 неонатальных, 2 акушерских и одно гинекологическое (Диаграмма 1). В течение 2013 года в ОАГ было пролечено 6 285 пациентов. Из них в ОАРИТ - 2 383 пациентки, из которых 1 476 были гинекологическими. Приняты роды у 2 614 беременных. Операция кесарева сечения проведена 862 беременным. Всего родились 2680 детей. В реанимации новорожденных наблюдались и получили лечение 384 ребенка и 668 ребенка находились на 2-м этапе выхаживания новорожденных.

Результаты исследования. АБП в ОАГ была проведена 1998 (22%) пациенткам, а АБТ 1184 (13%) пролеченным больным. Эти данные соответствует тому, что АБП назначается каждому пятому пациенту, а АБТ каждому восьмому.

Среди отделений ОАГ антибактериальная профилактика проводится преимущественно в отделении женских болезней и в родовом акушерском отделении №1.

В отделении женских болезней у 85 % пациенток перед оперативным вмешательством проводится АБП. В Центре утверждена методика АБП. Вопрос о проведении АБП проводится с учетом факторов риска пациентки, плода и оперативного вмешательства. За 30 минут до кожного разреза медицинской сестрой - анестезисткой на операционном столе после установления периферического сосудистого катетера внутривенно вводится антибиотик. В качестве антибактериального лекарственного средства (ЛС) у гинекологических больных при оперативных вмешательствах использовался преимущественно цефазолин (68 %).

В акушерском отделении №1 (родовом) 36 % беременным операция кесарево сечения проведена после АБП. Препаратом выбора в 27% случаев был эритромицин, что соответствует протоколу перинатальных технологий. Непосредственно перед операцией кесарево сечения в 26% случаях в качестве антибактериального ЛС применяли цефазолин и 16% ампициллин.

Из 384 пациентов отделения реанимации новорожденных (ОАРИТН) антибиотики не были назначены 14% новорожденным, 65% получили один курс АБТ. Два курса АБТ проведены 21% тяжелому реанимационному ребенку.

Что касается вопросов АБТ, то среди отделений ОАГ в качестве лечения Обактериальной инфекций АБТ проведена 360 (93%) новорожденным ОРИТН, 33% - 2-го этапа выхаживания новорожденных, 16% беременным акушерского отделения №1, 11% пациентам отделения женских болезней, 7 % родильниц акушерского отделения №2 и 2% пациенткам отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

АБТ новорожденным в ОРИТН была проведена в 28% случаев ампициллином, в 25% - гентамицином, по 11% ванкомицином и метронидазолом, 6% цефазолином, 5 % меропенемом.

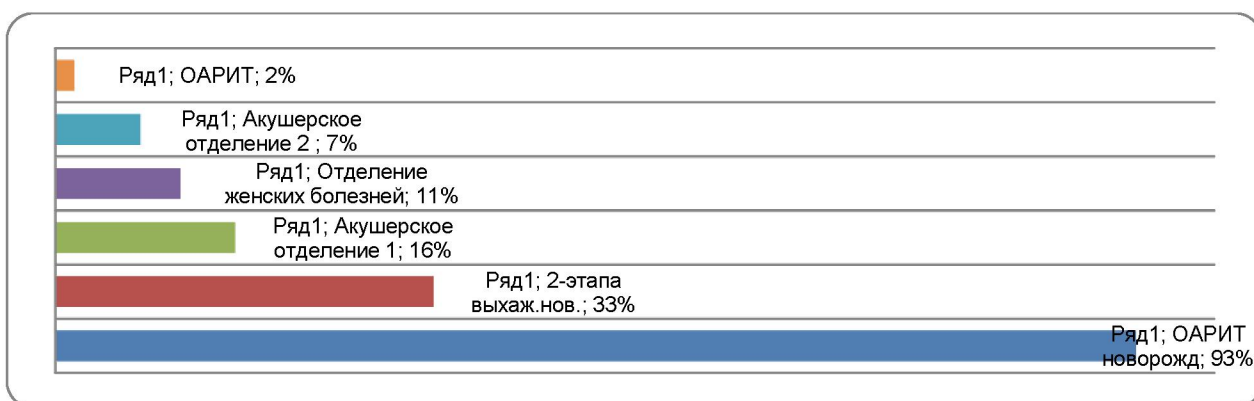


Диаграмма 1. АБТ в ОАГ в течение 2013 года

Антибиотики резерва ванкомицин и меропенем были использованы у септических детей с метициллин резистентным золотистым или эпидермальным стафилококком и были назначены решением консилиума.

Цефалоспорины 2, 3, 4 поколения (цефуроксим - 3%, цефтриаксон - 2% цефтазидим - 2%, цефепим - 2%) назначались новорожденным преимущественно с заболеваниями дыхательной системы в качестве 2-го курса антибактериальной терапии.

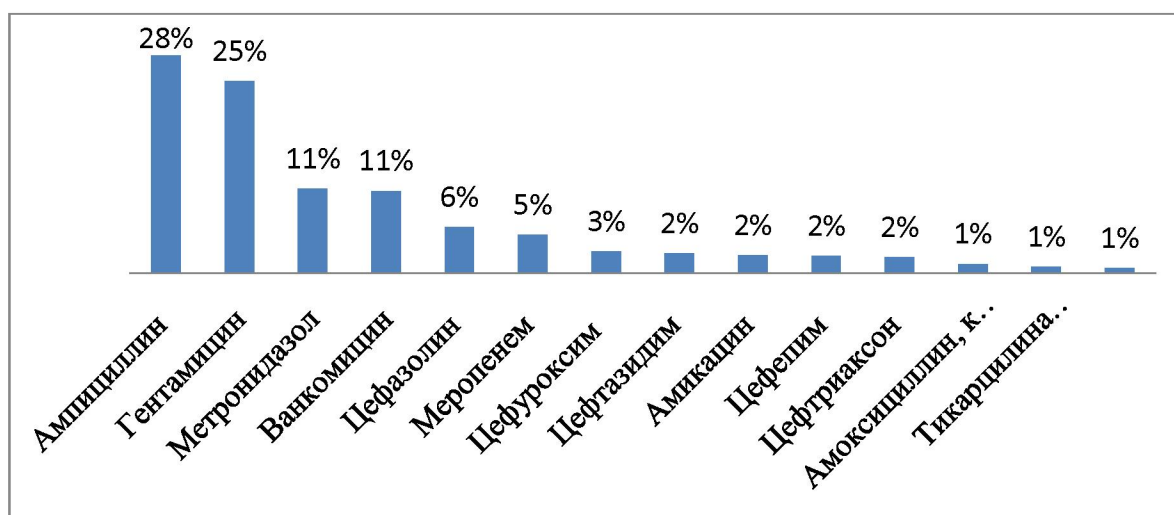


Диаграмма 2. Антибактериальные ЛС, использованные в ОАГ в течение 2013 года

В послеродовом акушерском отделении строго ведется учет показаний к проведению АБП и АБТ. Так, антибиотики были использованы у родильниц для профилактики бактериального эндокардита - 28%, кровопотери - 24%, хорионамниита - 14%, заболеваний дыхательной системы - 13% мочевыделительной - 10%, инфекции в области хирургического вмешательства - 4%, эндометрита - 2%.

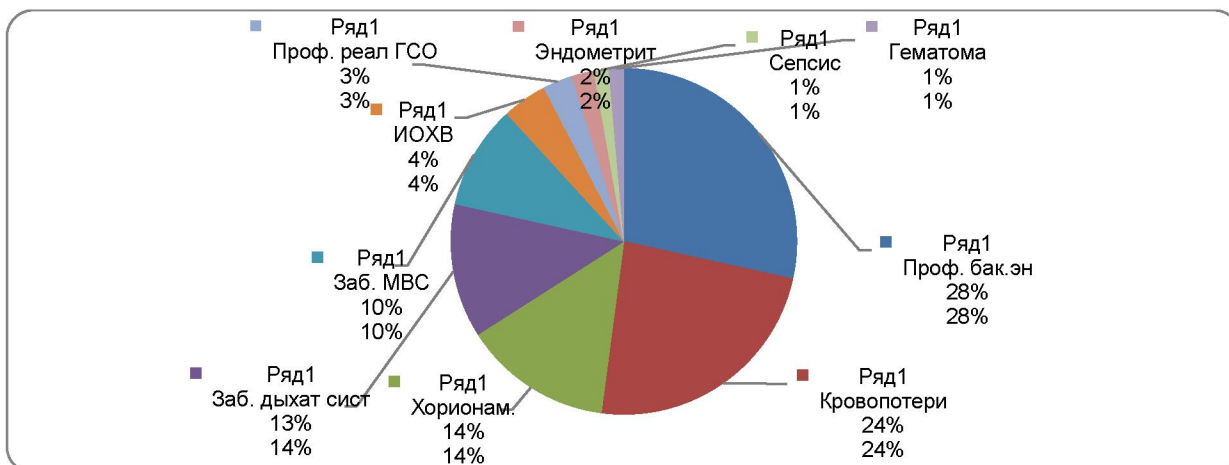


Диаграмма 3. Показания к применению антибактериальных ЛС в акушерском отделении № 2 в течение 2013 года

Антибактериальные ЛС использовались для АБТ в гинекологическом отделении лишь у 30% пациенток. В половине случаев (16%) были использованы цефалоспорины 3 и 4-го поколения.

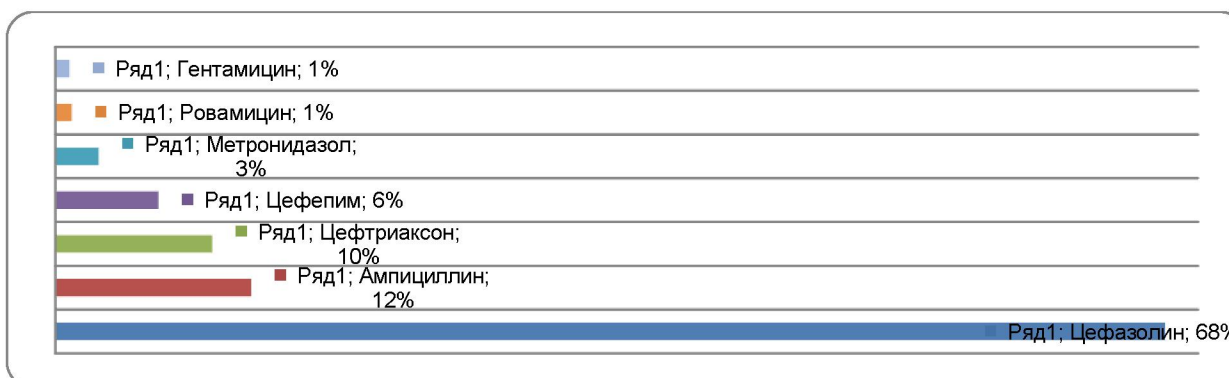


Диаграмма 4. Антибактериальные ЛС использованные в гинекологическом отделении

При решении вопроса о проведении 2-го курса антибактериальной терапии предварительно лечащему врачу предлагается ответить на следующие вопросы:

1. Какими антибактериальными препаратами проводилось лечение в последнее полугодие?
2. Есть ли клинические показания для назначения антибиотиков? (Признаки синдрома воспалительного ответа?)
3. Взят ли материал для микробиологического исследования?
4. Какой наиболее вероятный возбудитель заболевания? (локализация патологического процесса; результаты бактериологического исследования)
5. Есть ли необходимость комбинирования антибактериальных препаратов? (результаты антибиотикограммы)
6. Какие особенности пациента необходимо учесть? (Из лабораторных данных - СРБ, развернутый анализ крови; из сопутствующих заболеваний – болезни почек, печени, крови, наличие аллергических заболеваний)
7. Какой наилучший путь введения?
8. Какая доза и кратность введения?
9. Предполагаемая длительность лечения?
10. Следует ли проводить мониторинг?

11. Какие методы контроля предполагаются за эффективностью и безопасностью терапии?

12. Какой из доступных антибиотиков является наилучшим для данного пациента?

Таким образом, с учетом результатов проведенного анализа, полученные данные позволяют нам сделать следующие выводы:

1) с учетом особенностей пациентов, количества родов, новорожденных и оперативных вмешательств в ОАГ антибактериальная профилактика превалирует над АБТ;

2) в ОАГ в вопросах АБП и АБТ выработаны стратегические, тактические, фармацевтические и финансовые принципы для рационального применения антибиотиков, уменьшения медикаментозных ошибок и использования эффективных антибактериальных ЛС у беременных и новорожденных.

Результаты проведенного анализа позволяют нам сделать заключение, что с учетом особенностей пациентов, количества родов, новорожденных и оперативных вмешательств в отделе акушерства и гинекологии антибактериальная профилактика превалирует над антибактериальной терапией, благодаря выработанным стратегическим, тактическим, фармацевтическим и финансовым принципам.

ТҮЙІН

Өткіздір – өткізу анализдың нәтижелері бізге алқындыр - ендігі тұжырымды қояды, не есебі мен емделушінің, босанудың, нәрістелер санының өзгешеліктерінің, жәнешұғылқа баттасушылықтардың ара акушерліктің және гинекологияның бөлімінде антибактериальды алдына лутығыз, еш антибактериальды терапиядан пайдаланылады, арқылы стратегиялық, фармацевтикалық және финанстық-тактикалық ұстанымарқылы.

Бұлақты сөздер: антибактериальды терапия, алдыналу, инфекция, нәрістелер, жүктелік.

SUMMARY

The result of the analysis allow us to draw the following conclusion that, given the characteristics of patients, the number of births, neonatal and surgical interventions in the Department of Obstetrics and Gynecology, antibiotic prophylaxis prevails over antibiotic therapy due to develop a strategic, tactical, pharmaceutical and financial principles.

Keywords: antibiotic therapy, prevention, infection, pregnant women, newborns.

УДК 616.036.882-053.31.082

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОНАТАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ

Т. А. Джумабеков, д.м.н., профессор, Г. С. Бердиярова, к.м.н.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

АННОТАЦИЯ

В статье представлен опыт организации службы неонатальной реанимации и интенсивной терапии. Проведено исследование периоперационного периода 210 новорожденных с врожденной хирургической патологией находившихся на лечении в центре хирургии новорожденных.

Ключевые слова: неонатальная реанимация, врожденные пороки развития, интенсивная терапия.

Неонатология как одна из молодых и перспективных направлений в медицине по требованиям времени расширяет свои возможности и ставит перед собой новые задачи. Интенсивное развитие науки и техники способствовало более глубокому изучению и пониманию патофизиологии недоношенных детей, что способствовало активному выхаживанию детей с экстремальной низкой массой тела до 500 грамм. Не смотря на очевидный прогресс в медицинской науке, младенческая смертность в стране остается