

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 финаншшық- 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

высокой, за 2012 год она составила 13,48, тогда как в России этот показатель составляет 7,61 на 1000 младенцев, а в развитых западных странах этот показатель еще ниже.[1]. В связи с этим современная тенденция требует оптимизации и внедрения инновационных технологий в педиатрическую службу, в том числе в неонатальную реанимацию. Современная неонатология имеет широкий спектр диагностических возможностей с клинико-лабораторными и инструментальными исследованиями с применением достижений науки и техники. В настоящем сообщении представлен опыт работы организации службы реанимации и интенсивной терапии в неонатологии по данным Центра хирургии новорожденных на базе ДГБ №1 г. Санкт-Петербург. В исследование вошли 210 новорожденных находившихся под нашим наблюдением за последние 10 лет. Все новорожденные были транспортированы бригадами реанимационно-консультативного центра из родильных домов с врожденной хирургической патологией: атрезия пищевода (АП), диафрагмальной грыжей (ДГ), гастрошизисом (ГШ), грыжей пупочного канатика (ГПК), высокой (ВКН) и низкой врожденной (НКН) непроходимостью, язвенно-некротическим энтероколитом (НЭК). Из общего количества детей 82 (40%) были недоношенными среди них 20 (10%) имели низкую и экстремально низкую массу тела при рождении, из них 14 (70%) были новорожденные с НЭК. Кроме основной патологии у 45 (22%) больных состояние осложнялось сопутствующей патологией со стороны ЦНС, врожденный порок сердца в виде фетальных коммуникаций выявлен у 44 (21%), заболевания бронхолегочной системы у 26 (13%), внутриутробная инфекция диагностирована у 14 (7%) больных. Возраст больных на момент госпитализации в центр варьировал от нескольких часов до нескольких суток. Наиболее ранняя госпитализация была произведена в группе с ГШ и ГПК впервые 3-4 часа, до конца первых суток жизни производилась госпитализация детей с ДГ, АП и НКН. Основную группу в возрасте более суток составили больные с НЭК, которые госпитализировались в неотложном состоянии, требующим интенсивной терапии. Все дети подвергнуты к оперативному вмешательству после установления диагноза и предоперационной подготовки. Предоперационная подготовка заключалась в обеспечении центрального венозного доступа, в коррекции водно-электролитных, метаболических нарушений, нормализации температуры тела и темпа диуреза, поддержания адекватной вентиляции и гемодинамики, инфузионной и антибактериальной терапии. Предоперационная подготовка в группах продолжалась от нескольких часов до 2-3 суток. Длительную предоперационную подготовку – сутки и более – потребовали в основном больные с НЭК и с высокой кишечной непроходимостью. Операция проводилась в условиях комбинированной общей анестезии на фоне ИВЛ. Продолжительность операции в группах варьировала от 20 минут и более часа. В послеоперационном периоде с учетом тяжести состояния и характера хирургического вмешательства проводилось обезболивание наркотическими анальгетиками, парентеральное и энтеральное питание (аминокислоты, жировые эмульсии, микроэлементы, мультивитамины), ИВЛ в традиционных режимах и высокочастотная искусственная вентиляция легких, назальный СРАР, ЭКМО, ингаляция оксида азота, терапия внутривенными иммуноглобулинами на фоне обеспечения инфекционного контроля. Каждая койка в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных оснащена тайм циклическим респиратором, мониторной системой индивидуально на каждую койку, достаточным количеством систем для непрерывного введения жидкости (не менее 3-х на койку), достаточным количеством кюветов и открытых реанимационных систем, необходимым запасом расходных материалов одноразового использования, реанимационные наборы (на каждом реанимационном столике), подводками кислорода, электро-, пневмо- или механическими отсасывателями. Распределение нагрузки в палатах интенсивной терапии новорожденных имеет свои особенности и предусматривает один круглосуточный пост для медсестры на 1-2 больных и один круглосуточный пост врача-реаниматолога на 3 больных [2]. По стабилизации состояния больные переводились на

следующие этапы реабилитации. В целом сроки госпитализации больных в стационаре варьировали от одного до двух месяцев. Современное оснащение, вовлечение в процесс диагностики и интенсивной терапии новых технологий, оптимизация методов предоперационной подготовки, оперативного вмешательства и организации службы способствовало снижению показателей летальности при пороках развития. По результатам 2009 года послеоперационная летальность при пороках развития в центре составила 3,2 [3]. Огромная нагрузка по уходу за новорожденными приходится на средний медицинский персонал, в связи с этим предусмотрено делегирование обязанностей медицинских сестер. В неонатальных реанимациях крупных медицинских центров имеются следующие группы медицинских сестер: палатные, процедурные, респираторные терапевты, группа по очистке и обеззараживанию оборудования, административная группа и сестра учителя. К примеру палатные сестры обеспечивают уход, выхаживание и лечение больных, мониторинг функции органов и лечебного процесса, санацию дыхательных путей. Процедурные сестры проводят забор крови, подготовку и переливание крови, перевязки, постановку периферических катетеров и глубоких венозных линий, подготовку растворов для инфузионной терапии и парентерального питания, обеспечивают аптекой палаты реанимации и подготавливают наборы для манипуляций. Группа по очистке и обеззараживанию производит разборку оборудования, очистку, обеззараживание, сборку оборудования и дыхательных контуров. Респираторные терапевты отвечают за подготовку рабочих мест перед поступлением больных, тестирование оборудования, смену дыхательных контуров, осуществляют функциональный контроль за работой оборудования, реализуют внутригоспитальную транспортировку больных, проводят учет и обработку эксплуатируемого оборудования для ремонта. Остальные две группы сестер так же имеют свои обязанности. Такое распределение позволило сестрам улучшить уход за новорожденными детьми, что чрезвычайно важно для них, повысило роль среднего звена в командной работе и способствовало непрерывному повышению их квалификации. В принципах работы врача реаниматолога имеются так же свои особенности, к примеру раз в год каждый врач производит анализ собственных результатов работы, непрерывная работа с литературой, внедрение новых методов в терапию, обучение врачей, резидентов. Несмотря на существенный прогресс в неонатологии, все еще остаются актуальными проблемы ранней диагностики и лечение врожденных пороков, активная профилактика гипоксии и асфиксии в родах, выхаживание и улучшение качества жизни новорожденных с экстремально низкой массой тела. Учитывая выше изложенное, для повышения уровня оказания неонатальной реанимационной помощи необходимо модернизировать службу реанимации и интенсивной терапии, целенаправленно улучшить подготовку врачей и медицинских сестер, улучшить оснащение реанимационных палат современной техникой и в необходимом количестве. Обеспечить отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных эффективными фармакологическими препаратами, внедрение доказательной медицины и отход от полипрагмазии, также развитие неонатальной хирургии, кардиохирургии и нейрохирургии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году (статистический сборник). Астана 2013.
2. *Бойд В. Гойтсман, Ричард П.* Веннберг – Руководство по интенсивной терапии в неонатологии. – Екатеринбург, 1996г. – 276 с.
3. *Караваева С.А.* Диагностика и лечение врожденных пороков развития и приобретенной патологии периода новорожденности. СПб, 2010 г.
4. Реанимация новорожденных. п/р. Дж. Каттинкеля (пер. с англ.). - Москва, «Логосфера», 2012 г. – 408 с.

## ТҮЙІН

Мақалада нәрестелер реанимациясы мен интенсивті терапиясы қызметін ұйымдастыру тәжірибесі көрсетілген. Нәрестелер хирургиясы орталығында емделуде болған 210 туа біткен ақауы бар нәрестелердің перооперациялық кезеңі зерттелді.

**Түйін сөздер:** нәрестелер реанимациясы, туа біткен ақаулар, қарқынды ем.

## SUMMARY

The article presents experience organization the neonatal resuscitation and intensive care. The 210 newborns with congenital surgical pathology study of the perioperative period when treated at the center of neonatal surgery

**Keywords:** neonatal resuscitation, congenital daises, intensive care.



УДК: 616-084

## ПРОГРАММА СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ «ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ»

*А. К. Кожанова, Н. В. Чухраев*

Филиал Алматинского государственного института  
усовершенствования врачей в городе Астана

Научно-методический центр «Мединтех», ВОО «Здоровые дети», г. Киев, Украина.

## АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрены особенности организации выполнения программы сохранения здоровья детей на базе учреждений образования с применением синглетно-кислородной профилактики и низкоинтенсивной резонансной физиотерапии.

**Ключевые слова:** синглетно-кислородная терапия, низкоинтенсивная резонансная физиотерапия, сохранение здоровья детей.

Здоровье детей являются одним из основных приоритетов политики Республики Казахстан и лично президента Назарбаева Н.А. Все прекрасно понимают, что от уровня здоровья и интеллектуального развития наших детей зависит будущее каждой казахстанской семьи и государства в целом.

Как свидетельствуют статистические материалы Министерства здравоохранения, на протяжении последних лет наблюдается тенденция ухудшения состояния здоровья детей, которая связана с влиянием различных факторов биологического, социально-экономического, экологического, энергоинформационного и медико-организационного характера. При этом растет общая заболеваемость детей, увеличивается распространенность хронических заболеваний и уровень детской инвалидности.

Научные исследования по изучению состояния здоровья детей показали, что лишь 22,7% из общего количества были отнесены к группе здоровых, а 51,7% детей имели различные хронические заболевания. Отмечено, также, увеличение уровня хронической патологии с 39,5% в первых классах до 61,9% в 11-тых классах.

Среди выявленных патологий, по нашим данным, основное место занимают болезни органов дыхания и пищеварения, затем идут заболевания костно-мышечной, нервной и эндокринной систем. Настораживает также, рост заболеваемости органов зрения и сердечно-сосудистой системы.

Кроме соматических отклонений в состоянии здоровья детей, нами проведено изучение функциональных особенностей развития школьников.

Важным показателем является адаптационный потенциал, который характеризует уровень функционирования сердечно-сосудистой системы и отображает равновесие