

6. Принципы антибактериальной терапии новорожденных в условиях родильного дома. Разработчики: Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины // Перинатология сегодня. 1997. № 3. С.34-36.
7. Т.А.Пак. Лечение бактериальных инфекций у новорожденных высокого риска антибиотиками резерва // Перинатология сегодня. 1997. № 3. С.28-31.
8. Д.Н.Дегтярев, М.В.Дегтярева, И.Ю.Ковтун, Л.В.Шаламова. Принципы диагностики внутриутробных вирусных инфекций у новорожденных и тактика ведения детей группы риска // Перинатология сегодня. 1997. № 3. С.18-24.

УДК 616-036.865-053.31

Г.А.Черданцева, А.М.Литвинова, Е.К.Ширяева, С.Г.Батлук

НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества МЗ РФ

Проблема инвалидизации детей, которой в настоящее время уделяется особое внимание, является одной из актуальных в перинатологии. Целевая программа «Дети-инвалиды» составляет часть президентской программы «Дети России». Программа предполагает разработку и выполнение комплексных мероприятий не только по наиболее полноценной медицинской и социальной реабилитации детей-инвалидов, но и поиск путей сокращения их числа.

Профилактическое направление здравоохранения России было и остается самым важным. Как свидетельствует опыт, наибольший эффект в детской практике приносит развитие и совершенствование этого направления.

Анализ причин инвалидизации детей показывает, что перинатальные факторы составляют не менее 50% среди всех причин. Совершенствование медицинских технологий и их внедрение в практическое здравоохранение является реальным резервом в деле снижения детской инвалидизации. Более того, развитие и совершенствование неонатальной реаниматологии позволило значительно снизить уровень перинатальной смертности, но привело к росту тяжелой патологии ЦНС у новорожденных. Так, по данным УНИИ ОММ МЗ РФ перинатальная смертность недоношенных детей снизилась со 120 в 1990 г. до 55% в 1997. Снижение числа летальных исходов в период новорожденности происходит параллельно с нарастанием числа сублетальных поражений мозга у детей, особенно у глубоко недоношенных.

Рост инвалидизирующей патологии ЦНС по мере снижения смертности недоношенных детей отмечается также, начиная с конца 70-х начала 80-х годов (период повсеместного распространения реанимационной помощи и организации отделений реанимации новорожденных) в Швеции, Финляндии, Англии, Дании и т.д. (Gerard H.A., Visser et al, 1996г.). Все это вызывает оправданную тревогу во всем мире. Риск формирования грубых неврологических дефектов (ДЦП, ЗПР, сенсорные нарушения) в 3 раза выше у недоношенных (Барашнев Ю.И., 1989г.), ДЦП встречается в 10-18% случаев, нарушения зрения и слуха - до 20%, более 30% из них необходимо впоследствии обучение в специализированных школах (Дементьева Г.М., 1993; Монтомери Т., 1995).

Среди детей, выживших благодаря ИВЛ, взятых нами на мониторинг до двух лет жизни, ДЦП имели 30%, эписиндром - 42%, задержку умственного развития - 43% (из них 7,6% в форме олигофрении), сенсорные нарушения - 21%. Наиболее тяжелый исход отмечен у постранимационных детей с бронхолегочной дисплазией. Только 57% наблюдаемых детей соответствовали степени зрелости и имели удовлетворительное психомоторное развитие.

Приведенные результаты позволяют утверждать, что реальным резервом в деле снижения детской инвалидности является совершенствование перинатальных медицинских технологий и методов наиболее ранней реабилитации детей группы высокого риска по инвалидизации и их широкое внедрение в практическое здравоохранение.

В Уральском НИИ ОММ МЗ РФ имеется 40-летний опыт работы регионального перинатального центра. Перинатальный центр имеет два основных блока - акушерский и педиатрический, тесно связанных не только территориально, административно, но, что наиболее важно и имеет принципиальное значение, имеющих четкую преемственность, что позволяет добиться наилучших показателей здоровья новорожденного.

Перинатальный центр имеет явные преимущества по сравнению с другими родовспомогательными учреждениями. Наблюдение за ребенком в условиях перинатального центра начинается задолго до его рождения. Предложенная Н.В.Башмаковой новая организационная форма «Однодневный диагностический стационар» позволяет обследовать беременную от 2 до 4 раз в критические сроки беременности для выявления таких осложняющих течение беременности состояний, как гестоз, угроза прерывания беременности, инфекции матери и плода, аномалии развития. Многие осложнения выявляются на доклиническом уровне, что позволяет более эффективно проводить их коррекцию амбулаторно или в условиях стационара в зависимости от тяжести выявленного процесса. В результате в группах высоко-

го риска снижена частота преждевременных родов в 2 раза, тяжелых форм гестоза - в 4 раза.

Следующим важным и новым организационным решением является создание мониторинговых комплексов на базе отделения патологии беременных и в операционно-родовом блоке, в отделении реанимации новорожденных детей, где сконцентрировано диагностическое и мониторинговое оборудование. Это позволяет не только наиболее полно обследовать женщину и плод, но своевременно выявить отклонения в их состоянии для пересмотра плана лечения или срока и метода родоразрешения. Результатом этого решения явилось снижение частоты дистресса плода с 22 до 5,7%.

Преимуществом в мониторинге за плодом и новорожденным в условиях перинатального центра обеспечивается наличием круглосуточных дежурств неонатолога-реаниматолога в родзалах. При этом неонатолог, присутствующий на родах, имеет возможность оценить состояние новорожденного по совокупности данных анамнеза, течения интранатального периода и его адаптации в первые минуты после рождения и принять решение по тактике наблюдения за новорожденным. Из родовой 70% детей поступают в отделение физиологии новорожденных, которое работает по системе «Мать и дитя», 18% новорожденных направляются в палату интенсивного наблюдения, где проводится мониторинг, обследование в экспресс-лаборатории, создаются максимально комфортные условия содержания, а также проводится медикаментозная коррекция патологических синдромов. Новорожденные, требующие респираторной поддержки (недоношенные до 2000г при рождении, доношенные, прошедшие реанимацию в родзале), транспортируются в отделение реанимации новорожденных. Внедрение круглосуточных дежурств неонатологов-реаниматологов в родзалах, владеющих протоколом первичной реанимации, позволило изменить структуру летальности новорожденных. Так если от РДС в 1994г. погибло 9,6%; в 1995 - 8,8%; то в 1996-1997гг. летальных исходов не было. Не было случаев смерти детей и от мекониальной аспирации. Число новорожденных, взятых на продленную ИВЛ, уменьшилось в 2 раза.

В отделении реанимации осуществляется круглосуточный мониторинг газового гомеостаза, КОС, артериального давления с целью профилактики тяжелых ятрогенных повреждений мозга (прогрессирующих ПВ-ИВК, лейкоцеструкций). Современные аппараты для ИВЛ, которыми оснащено отделение, позволяют подбирать наиболее оптимальные режимы вентилиции, снижающие риск баротравмы, БЛД и других осложнений.

Важным преимуществом перинатального центра является наличие в его структуре детских реабилитационных отделений - отделения ранней реабилитации (для детей от 1-1,5 мес. жизни) и клинико-диагностического отделения (для детей старше 1,5 мес.). Реабилитационные отделения

устроены по принципу совместного пребывания матери и ребенка независимо от степени его зрелости.

Принципиально новый подход к реабилитации недоношенных новорожденных обеспечивает благоприятное течение медико-психологической адаптации матерей, создает оптимальные условия выхаживания недоношенных, улучшает соматоневрологический статус детей. Все это достигается благодаря осуществлению комплекса мероприятий, таких как:

- Применение индивидуальной программы психофизиологической адаптации матери к прогнозу исхода беременности и родов.
- Использование комплекса физиотерапевтических, медикаментозных и немедикаментозных методов стимуляции лактации у родильниц при сверххранении (22-27 недель гестации) и ранних (28-32) преждевременных родах.
- Внедрение программы очной школы матери по выхаживанию и вскармливанию недоношенных новорожденных.
- Установление раннего психоэмоционального и физического контакта между матерью и ребенком, начиная с родовой и отделения интенсивной терапии и реанимации новорожденных.
- Выхаживание недоношенных детей в отделении патологии новорожденных при совместном круглосуточном и (или) дневном пребывании с ребенком матери.

Изучение течения раннего восстановительного периода у 300 недоношенных детей (256 детей находились с матерью, 46 детей выхаживались традиционно) позволило выделить критерии эффективности совместного пребывания недоношенного ребенка с матерью:

1. Снижение продолжительности стандартного лечения, в среднем, на 7 дней.
2. Раннее становление сосательного рефлекса, в среднем, на 5 дней раньше.
3. Уменьшение частоты гипербилирубинемии в 2 раза.
4. Снижение уровня неврологической патологии в исходе раннего восстановительного периода.
5. Раннее формирование у матери навыков ухода и вскармливания новорожденных как фактор успешной реабилитации их нервно-психической и соматической сфер.
6. Адекватная оценка матерью состояния здоровья ребенка, создающая психологический настрой на его длительное лечение и выхаживание.

Совершенствование организационной структуры перинатального центра позволило улучшить показатели здоровья новорожденных детей. В качестве примера можно взять выводы, сделанные при сравнительной характеристике состояния здоровья новорожденных, родившихся от женщин с ХФПН в 1986 и 1996 годах:

- а) 30% детей рождаются здоровыми;

- б) на 36,7% увеличилось число детей, родившихся доношенными;
в) в 4 раза уменьшилось число детей, рожденных с тяжелой степенью внутриутробной гипоксии;
г) в 4 раза уменьшилось число детей, требующих длительной реабилитации в стационаре.

Представленные результаты могут рассматриваться как оптимистичные с точки зрения снижения числа детей группы высокого риска по инвалидизации и реальных возможностей их полной реабилитации. Таким образом, перинатальная профилактика инвалидизации детей, являясь актуальной проблемой, тем не менее обладает высокоэффективными организационными технологиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашнев Ю.И. // Акушер. и гинскол. 1990. № 11. С.49-53.
2. Деметьева Г.М. // Росс. вест. перинатол. и педиатр. 1993. № 3. С.3-7.
3. Монтгомери Т. // Педиатрия. 1995. № 1. С.73-76.
4. Gerard H.A., Visser et al: Prenatal and neonatal medicine 1996. № 1. P.12-15.

ГИГИЕНА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, МИКРОБИОЛОГИЯ

УДК 618.2-074:008

Л.Г. Борогина, С.В. Цвиренко

ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МИКРОБИОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ

Уральская государственная медицинская академия,
Областная детская клиническая больница № 1

Современные лабораторные технологии дают ценную, объективную и в большинстве случаев являющуюся незаменимой информацию для диагностики, лечения и прогноза заболеваний. Значительное место в лабораторно-диагностическом процессе занимает клиническая микробиология. Количество микробиологических исследований и их доля в общем объеме за последние годы неуклонно возрастают. Интенсивное накопление фактов в этой области способствует развитию концепции клинической микробиологии [3,5]. Особенно важную роль клиническая микробиология играет в педиатрии, в значительной степени определяя своевременность диагностики инфекционных осложнений и эффективность их лечения.

В детской клинике сегодня используется большое количество микробиологических методик - только наиболее часто используемых насчитывается около ста. Вместе с тем изучение деятельности бактериологических лабораторий в детских больницах показывает, что выбор и исполнение исследований часто неоптимальны, а получаемые результаты недостоверны и неинформативны.

Анализ нашей работы в лаборатории клинической микробиологии областной детской клинической больницы №1, обобщение известного опыта зарубежных клиник и отечественных высокоорганизованных педиатрических центров

позволяет сформулировать современные принципы, которые могут быть рекомендованы для решения диагностических задач и оптимизации работы в педиатрической клинике.

Клиническая микробиология - раздел медицинской микробиологии, изучающий этиологию инфекционного процесса любой локализации путем обнаружения возбудителя и/или его антигенов, изучения иммунного ответа на патогены при помощи серологических реакций и определения тактики антимикробной терапии. Клиническая микробиология изучает взаимоотношения, складывающиеся между макро- и микроорганизмами в норме, при патологии, в динамике воспалительного процесса с учетом проводимой терапии [3].

Современные методы клинической микробиологии включают в себя как классические методики выделения возбудителя бактериологическим или вирусологическим методом, так и ускоренные методы обнаружения возбудителей, в том числе и TORCH-комплекса. В настоящее время широко используется обнаружение антигенов возбудителя инфекций методом латексагглютинации, иммунофлюоресцентным и иммуноферментным методами, молекулярно-генетическими методами (полимеразная цепная реакция-ПЦР, ДНК-зонды). Важно отметить, что молекулярно-генетические методы (генодиагностика) ни в коем случае не вытесняют микробиологические методы, а наоборот, дополняют их, помогая решить задачи диагностики инфекционных заболеваний, которые невозможно решить классическим методом. Молекулярно-генетические методы диагностики незаменимы при диагностике внутриклеточных и мембранных паразитов, таких как вирусы, риккетсии, хламидии, микоплазмы. Известна их высокая чувствительность, но эти методы дорогостоящие и применяются в том случае, когда ранее известные