

УДК 618+001

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ СМЕШАННОГО ТИПА № 3 Г. СЕМЕЙ

А.К. Мусаханова<sup>1</sup>, Н.С. Альменева<sup>2</sup>, В.И. Коробейникова<sup>2</sup>, М.М. Мухаметжанова<sup>3</sup><sup>1</sup>Государственный медицинский университет г. Семей,<sup>2</sup>КГКП Поликлиника смешанного типа № 3, <sup>3</sup>Поликлиника № 1 г. Караганда

### Семей қаласындағы № 3 емханада бүгінгі перинаталдық технологиялардың еңгізуінің тиімділігі

2010 жылы емханада тиімді перинаталдық технологиялардың еңгізгеннен кейін екінші отделеңне бойынша жүкті әйелдердің пайдасыз келуінің саны 25% азайды, проблемалық жүкті әйелдерге айрықша көңілді ацентттеу мүмкіншілік табылды. Гестоздың профилактикасын алдын алуы мақсатпен ацетилсалицилды ащылық колдануы 3%-ке гестозды төмендетті. Ақырында, талдау бойынша тиімді перинаталдық технологияның еңгізуі перинаталдық өлерлікті 5,3 %о төмендетті.

### The effective implementation of modern perinatal technologies in polyclinic № 3 in Semey

After the implementation of effective perinatal technology in the 2 nd Department of Health Centre in 2010, fewer useless appearances pregnant at 25%, the opportunity to focus on distressed pregnant women deserve special attention. Application for the prevention of preeclampsia acetysalicylic acid led to a reduction of aetosis by 3%. The analysis showed that the introduction of effective perinatal technology has led to a decrease in perinatal mortality by 5.3%.

**Актуальность.** В Казахстане на проблему материнской и младенческой смертности обращено пристальное внимание, что отражено в государственной программе развития здравоохранения "Саламатты Қазақстан" на 2011-2015 годы. В отчетном докладе Министра здравоохранения Салидат Каирбековой о ходе реализации государственной программы отмечено, что в первом квартале 2011 года материнская смертность снижена на 30%, младенческая – на 15%. Для повышения качества медицинских услуг, предоставляемых женщинам и детям начата работа по созданию региональных учебных центров для обучения медработников эффективным перинатальным технологиям и программам, рекомендованным Всемирной организацией здравоохранения. Кроме того, будет продолжено внедрение новых перинатальных технологий, укрепление материально-технической базы, организации родовспоможения и детства /1/.

Наиболее актуальной проблемой в акушерстве и перинатологии продолжает оставаться инфекционная патология, занимающая одно из ведущих мест в структуре перинатальных потерь, а также во многом определяющая заболеваемость детей первых месяцев жизни. Несмотря на целенаправленные научные исследования, совершенствование методов диагностики и новейшие достижения в области фармакологии, частота инфекционно-воспалительных осложнений не снижается, в среднем ИВЗ выявляются у 10-25% родильниц и у 10-15% детей раннего возраста. Возникновение ИВЗ, обусловленных аутофлорой, является наиболее известным последствием нарушения иммуно-микробиологического равновесия человеческого организма /2, 3/. Существующие в настоящее время технологии родовспоможения, выхаживания, лечения и реабилитации не позволяют прогнозировать снижение частоты внутриутробной и перинатальной инфекции /4, 5/. В литературе имеется немного исследований применявших строгое определение исключительно грудного вскармливания, и вследствие этого нет ясности в отношении преимуществ последнего по сравнению с другими формами грудного вскармливания. Учитывая проблемы с терминологией и определением исключительно грудного вскармливания точных статистических данных на сегодняшний день нет. В основе современных перинатальных технологий по мнению В.Е. Радзинского лежит совместное пребывание матери и ребенка, эксклюзивное грудное вскармливание, ранняя выписка из родильного стационара, формирование иммуномикробиологического контакта

матери, новорожденного и младенца с первых минут после рождения /6/.

**Целью данного исследования** было проведение сравнительного анализа эффективности внедрения современных перинатальных технологий в первом и втором отделениях Поликлиники смешанного типа № 3 города Семей (ПСТ № 3).

**Материалы и методы исследования.** Объектом исследования были беременные женщины, поступившие на учет за 2009-2010 годы. Материалами исследования явились данные по акушерско-гинекологической службе в Поликлинике смешанного типа № 3 города Семей. Территория обслуживания поликлиники включает в себя городское и сельское население. Радиус обслуживания 90 км. Составляющими частями являются 4-ВА, 2-ФАП, 1-ФП. На территории обслуживания поликлиники проживает 42 491 населения, в том числе женского - 21 763, из них фертильного возраста - 11 541 женщин. Работают 4 акушер-гинеколога. Коллектив поликлиники условно делится на 2 отделения, между которыми проводится сравнительный анализ показателей работы.

**Результаты исследования.** При анализе работы первого и второго отделения за 2009 год получены данные, которые отражены в таблице 1. В первом отделении 75 % беременных было взято на учет до 12 недель беременности, количество родов с гестозом 2 половины беременности составило 5,5%, в том числе тяжелой степени 0,3%, перинатальная смертность в отделении 10, 5%о. Во втором отделении 73% беременных было взято на учет до 12 недель беременности, количество родов с гестозом 2 половины беременности составило 9,2%, в том числе тяжелой степени 1,3%, перинатальная смертность в отделении 25,8%о.

При выяснении причин такой разницы в показателях выяснено, что врачи 1 отделения внедрили эффективные перинатальные технологии, а врачи 2 отделения придерживались старых критериев наблюдения за беременными: необоснованное частое назначение явок, проводилось рутинное обследование, назначались разгрузочные дни, диеты.

При постоянно повышенной нагрузке у врача не было возможности сконцентрировать свое внимание на беременных, заслуживающих внимания.

После внедрения эффективных перинатальных технологий во 2-м отделении в 2010 году уменьшилось число бесполезных явок беременных на 25%, появилась возможность акцентировать свое внимание на

проблемных беременных, заслуживающих особого внимания. С внедрением новых протоколов, уменьшился объем обследования, что привело к уменьшению очередей, а со стороны беременных повысилась дисциплина.

За 2010 год проводилась целенаправленная работа по недопущению материнской смерти, снижению перинатальной смертности.

**Таблица 1. - Показатели акушерско-гинекологической службы за 2009 год в первом и втором отделениях ПСТ №3**

Наименование показателя	1 отделение	2 отделение	1+2 отделения
Поступило беременных на учет	420	501	921
Из них до 12 недель беременности	315-75%	365-73%	683-74,1%
Количество родов	381	466	847
С гестозом 2 половины беременности	21 – 5,5%	43 – 9,2%	64 - 7,6%
В т.ч. тяжелой степени	1 – 0,3 %	6 – 1,3 %	7 – 0,8%
Эклампсия	0	1	1
Перинатальная смертность	4 – 10,5‰	12 – 25,8‰	16-18,9‰
Мертворожденные	1	6	7
Ранняя неонатальная смертность	3	6	9

Приказом главного врача созданы АГТП (Акушерско-гинекологические, терапевтические, педиатрические) кусты и микроучастки. Заседания кустов проводится 1 раз в месяц, где разбираются вопросы по выяснению причины поздней явки беременных на учет, необходимости контрацепции женщин в послеродовом периоде, женщин с экстрагенитальными заболеваниями и другие вопросы. Также при ПСТ № 3 создана группа волонте-

ров из числа бывших педагогов и медицинских работников, которые оказывают помощь в организации медицинской помощи, ведут целенаправленную работу по выявлению беременных женщин на участке.

С внедрением регистров беременных появилась возможность быстро, в любой момент анализировать свои показатели работы и проводить целенаправленную работу по их улучшению.

**Таблица 2. - Показатели акушерско-гинекологической службы за 2010 год в первом и втором отделениях ПСТ №3**

Наименование показателя	1 отделение	2 отделение	1 +2 отделения
Поступило беременных на учет	432	475	907
Из них до 12 недель беременности	308-71%	328-69%	636-70%
Количество родов	357	452	809
С гестозом 2 половины беременности	15 – 4,2%	23 – 5%	38 - 4,7%
В т.ч. тяжелой степени	2 – 0,6%	5 – 1,1%	7 – 0,9%
Эклампсия	0	0	0
Перинатальная смертность	5 – 14,0‰	6 – 13,3‰	11-13,6‰
Мертворожденные	3	3	6
Ранняя неонатальная смертность	2	3	5

И результатом этой работы явились показатели за 2010 год, которые отражены в таблице 2. В первом отделении 71% беременных было взято на учет до 12 недель беременности, количество родов с гестозом 2 половины беременности составило 4,2%, в том числе тяжелой степени 0,6%, перинатальная смертность в отделении 14,0‰. Во втором отделении 69% беременных было взято на учет до 12 недель беременности,

количество родов с гестозом 2 половины беременности составило 5%, в том числе тяжелой степени 1,1%, перинатальная смертность в отделении 13,3‰.

Таким образом, сравнительный анализ показателей акушерско-гинекологической помощи за 2009-2010 годы показал, что внедрение эффективных перинатальных технологий позволило снизить перинатальную смертность на 5,3‰ (таблица 3).

**Таблица 3. - Сравнительный анализ показателей за 2009-2010 год в ПСТ № 3**

Наименование показателя	2009 год	2010 год
Поступило беременных на учет	921	907
Из них до 12 недель беременности	683-74,1%	636-70%
Количество родов	847	809
С гестозом 2 половины беременности	64-7,6%	38-4,7%
В т.ч. тяжелой степени	7	7
Эклампсия	1	0
Перинатальная смертность	16-18,9‰	11-13,6‰
Мертворожденные	7	6
Ранняя неонатальная смерть	9	5

**Выводы:** После внедрения эффективных перинатальных технологий во 2-м отделении по поликлинике в 2010 году уменьшилось число бесполезных явок беременных на 25%, появилась возможность акцентировать свое внимание на проблемных беременных, заслуживающих особого внимания. Применение с целью профилактики гестоза ацетилсалициловой кислоты, привело к снижению гестозов на 3%. Анализ показал, что внедрение эффективных перинатальных технологий в

Поликлинике смешанного типа №3 города Семей привело к снижению перинатальной смертности на 5,3‰.

#### Литература:

1. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы.
2. Казарьян С.М. Эффективность внедрения современных перинатальных технологий в родильном отделении городской многопрофильной больницы //

диссертация на соискание ученой степени к.м.н., Москва, 2008 - 121 с.

3. Оленева М.А. Эффективность внедрения современных перинатальных технологий в оптимизации здоровья матерей и новорожденных // диссертация на соискание ученой степени к.м.н., 115 с.

4. Берлев И.В., Молчанов О.И. Особенности микробиоценоза и биохимического состава влагалищной жидкости у беременных // Тезисы докл. Всерос. науч.-практ. конф. «Актуальные, вопросы инфекций в акушерстве и гинекологии». Санкт-Петербург. 1998. - С. 79.

5. Фролова О.Г., Пугачева Т.М., Гудимова В.В. Статистика перинатальной смертности // Вопросы современной педиатрии. 2005. - Т4. - прилож. №1. — Сборник материалов X съезда педиатров России «Пути повышения эффективности медицинской помощи детям» - с. 563.

6. Радзинский В. Е. Применение современных перинатальных технологий / Материалы Республиканской научно-практической конференции "Здоровый новорожденный", 2000 - С. 65-67.

УДК 618.39-02+616-053.32-02

### АСПЕКТЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

М. И. Лопаткова., З. Ш. Алеева., Ж. Г. Капанова., К. Т. Раисова., Л. Н. Иукина., М. К. Исакова  
КГКП «Областной перинатальный центр г. Павлодара»,  
КГКП «Детская областная больница г. Павлодара»

*Modern demographic and socio-economic situation in Kazakhstan needs to improve the help to newborns for reduce their mortality and morbidity. Over the last decade in some regions of Kazakhstan up to 5-6 ‰, in reducing infant mortality rates are succeeded, which is explained by the introduction of the practice of many new technologies in carrying out of newborns, which provided increasing of quality of diagnosis, prognosis and treatment of pathological conditions of the fetus and newborn.*

*ҚР-дағы қазіргі демографиялық және әлеуметтік-экономикалық ахуалы өлім-жітімнің төмендетуі және олардың ауру-сырқауының мақсатымен туған балаларға көмектің әбден жетілдіруін талап етеді. Соңғы он жылдыққа ҚР-ның жеке өлкелеріндегі нәрестелік өлім-жітімнің көрсеткіштерінің төмендетуі диагностиканы сапа, болжам және туған жемістің патологиялық күйлерін емдеудің туған, қамтамасыз еткен жогарылауларының күтуіндегі жаңа технологиялардың үлкен санының тәжірибесіне енгізумен ұғындырылатын 5-6 ‰-ға дейін қол жеткізудің сәті түсті.*

Поддержание нормальной температуры тела принципиально в выхаживании и лечении новорожденных. О сохранении тепла ребенком необходимо заботиться с первых секунд после рождения. Максимальная теплотерия в первые минуты жизни может происходить за счет испарения с кожи ребенка. Поэтому важно, чтобы новорожденного вытерли сразу после появления на свет и завернули в теплые сухие пеленки. Это простое действие предупреждает развитие холодового стресса в первые минуты жизни и улучшает течение периода ранней неонатальной адаптации. В дальнейшем более важными механизмами потери тепла становятся так называемые "сухие" факторы - конвекция, кондукция, радиация (тепловое излучение). Поэтому одним из важнейших условий выхаживания больных новорожденных недоношенных детей является обеспечение нейтральной температурной среды. При этом под нейтральной понимают такую температуру окружающей среды, при которой температура тела ребенка поддерживается за счет потребления минимальных количеств энергии и кислорода. В неонатологии применяются три основных способа поддержания адекватной температуры тела недоношенных детей - с помощью инкубаторов, подогреваемых кроваток и открытых реанимационных систем (специальных столиков, оснащенных источником лучистого тепла). Степень нагревания воздуха в кувете или кроватке и мощность источника лучистого тепла в открытых реанимационных системах подбираются таким образом, чтобы температура кожи живота составляла 36,2 - 36,5°, а температура тела (аксиллярная или ректальная, измерение которой в большинстве

клиник не приветствуется) - 36,5-37,5 градусов. Одновременно у детей с очень низкой массой тела необходимо заботиться о предотвращении незаметных потерь воды, связанных с большим испарением с поверхности тела. С этой целью в куветах поддерживают влажность воздуха около 60%, а в открытых системах тело глубоководношенных детей покрывают пластиковой пленкой. Кроме того, вспомогательные предметы ухода за детьми с очень низкой массой тела (стетоскоп, стерильные пеленки, одежда и др.) перед использованием прогревают до 37,0 (С).

Радиация или тепловое излучение - путь потери тепла, который контролировать труднее всего. Для максимального предотвращения потерь тепла путем радиации предпочтительно использовать специальные инкубаторы, оснащенные активными двойными стенками. Наиболее часто с целью предупреждения текущих теплотерий недоношенного и большого новорожденного после завершения первичных медицинских мероприятий помещают в инкубатор. Однако, если ребенок не требует экстренного проведения интенсивной терапии, такая тактика не всегда оправдана. Нахождение ребенка в условиях инкубатора препятствует полноценному общению между матерью и новорожденным. На фоне психологического стресса у матери может значительно снизиться лактация, и новорожденный лишится возможности вскармливаться грудным молоком, необходимым для адекватного развития.

На сегодняшний день принцип "кенгуру" признан многими учеными как один из наиболее благоприятных методов сохранения тепла у недоношенного новорож-