

ченных условиях, ознакомление с техникой изучаемого действия, обучение разновидностям индивидуального и тактического действия без сопротивления, обучение тактическим комбинациям без сопротивления, обучение тактическим действиям к игровым ситуациям, выбор варианта тактического действия при решении игровой задачи, выбор тактического действия в быстро меняющихся игровых условиях, закрепление тактических навыков в процессе игры [3].

Заключение

Чтобы добиться высших спортивных результатов спортсмен обязан владеть полным объемом разнообразных приемов техники и тактики, правильно применять их в игровой обстановке. Техничко-тактическая подготовка баскетболистов является главным этапом в формировании спортсмена, поэтому каждый баскетболист должен стремиться к этой стадии [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Кудряшов, В. А. Физическая подготовка юных баскетболистов / В. А. Кудряшов, Р. В. Мирошникова. — Минск: Беларусь, 1990. — С. 25–29.
2. Гомельский, А. Я. Баскетбол: секреты мастера. 1000 баскетбольных упражнений / А. Я. Гомельский. — М.: А. Генетю «ФАИР», 1997. — С. 121.
3. Федотова, Е. В. Основы управления многолетней подготовкой юных спортсменов в командных игровых видах спорта / Е. В. Федотова. — М.: СпортАкадемПресс, 2004. — С. 101–103.

УДК 618.33 (520)

СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ПРЕФЕКТУРЕ НАГАНО (ЯПОНИЯ)

Корбут И. А., Накамура Т.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь
«Детская больница префектуры Нагано», Япония**

Введение

Япония – одна из самых высокоразвитых стран мира, занимающая 2–3 место по объему валового внутреннего продукта на душу населения. Численность населения — около 130 млн человек, которые проживают на 4 крупных островах и нескольких мелких. Относительно небольшая площадь территории сопряжена с наличием труднодоступных районов — горные, островные. Вышеперечисленное обуславливает необходимость оптимизации оказания медицинской помощи.

Цель

Проанализировать организацию системы неонатальной помощи в Японии.

Материал и методы исследования

В течение 3 месяцев находясь на стажировке в отделении интенсивной терапии новорожденных детской больницы префектуры Нагано, посещая клинические лекции и участвуя в работе акушерского отделения и отделения интенсивной терапии для детей, а также участвуя в экстренных выездах по санитарной авиации, осуществлялось знакомство с системой оказания медицинской помощи в Японии.

Результаты исследования и их обсуждение

Во всем мире трехуровневая система оказания перинатальной помощи признана оптимальной во всем мире. По данным ВОЗ, около 10 % всех родившихся новорожденных нуждаются в реанимационной помощи и интенсивной терапии, среди них подавляющее большинство составляют больные с нарушением респираторной адаптации. Наиболее эффективным способом профилактики и снижения перинатальной смертности является госпитализация беременных с высокой степенью риска в специализированное учреждение — перинатальный центр, где может быть оказана помощь и матери, и новорожденному в полном объеме, однако всех беременных невозможно госпитализировать в эти учреждения. Это может быть связано с тяжестью состояния матери, ребенка, а также с тем, что перинатальные центры целесообразно организовывать на территориях с населением 500 тыс. и более человек. Ни одна богатая страна, будь то Япония, США или Германия, не может себе позволить в каждом родильном отделении организовать мощную реанимацию. В неонатологии также действует правило «золотого часа», когда благоприятный исход во многом зависит от качества оказания первичной помощи детям в родильном зале (первые 20–30 мин жизни). Эти мероприятия направлены на поддержание нормальной температуры тела, восстановление проходимости дыхательных путей, восстановление адекватного дыхания (нормальная оксигенация и вентиляция), нормализацию сердечной деятельности и ликвидацию гемодинамических нарушений. Несвоевременная или недостаточная пер-

вичная помощь ребенку, родившемуся в асфиксии, может свести на нет все последующие усилия. Поэтому в детской больнице префектуры Нагано (Япония) помощь любому новорожденному оказывают минимум 2 неонатолога, еще один фиксирует все показатели жизнедеятельности и ведет учет всех назначений, параллельно с этим действуют 2–3 медицинские сестры. В случае рождения ребенка в тяжелой асфиксии или ухудшении состояния новорожденного, находящегося в детском отделении в любой из больниц префектуры Нагано незамедлительно сообщается в детскую больницу, являющуюся центром 3 уровня. По результатам доклада лечащего врача принимается решение о необходимости выезда специализированной бригады или транспортировке на транспорте местной больницы.

За время стажировки я наблюдала перевод из стационара 1-го уровня ребенка, у которого подозревали транспозицию магистральных сосудов — после рождения наблюдалось тахипноэ, что явилось показанием к рентгенографии органов грудной клетки, на котором выявили расширение срединной тени. Для транспортировки указанного пациента был привлечен вертолет министерства внутренних дел, который был в 2 раза больше стандартного медицинского. За 20 минут до ожидаемого приземления вертолета технический персонал детской больницы префектуры Нагано освободил больничную парковку от автотранспорта, огородил специальными знаками и доложил медицинскому персоналу о готовности. Медицинский персонал в количестве 5 врачей-неонатологов и 5 медицинских сестер с транспортным кузовом наготове ожидали прибытия пациента на подготовленной вертолетной площадке. Несколько раз мне довелось сопровождать врачей для оказания выездной лечебно-консультативной помощи. В санитарном транспорте есть все необходимое оборудование: кузовы, аппараты для проведения ИВЛ, электроотсосы, перфузоры для дозированного введения медикаментов, аппараты для мониторингового наблюдения, инструментарий разового использования (эндотрахеальные трубки, катетеры, шприцы), анализаторы для определения кислотно-щелочного состояния крови и многое другое. Особенно удивительным было наличие в отдельной укладке леденцов от укуживания и фена для волос.

Очень важно после поступления ребенка в отделение интенсивной терапии оказывать не только медицинскую, но и психологическую помощь маленькому пациенту и его родителям. Медицинская составляющая — современное оборудование и медикаменты, закрепление за одним врачом только двух детей, а за одной медицинской сестрой — трех. Каждое утро и вечер заведующий отделением и вице-президент клиники проводят обход, на котором докладываю о состоянии пациента — дыхание, сатурация, усвоение пищи и неврологический статус, а в обед — команда физиотерапевтов корректирует проводимый комплекс процедур, включая положение ребенка на специальной поролоновой подложке в кровати.

Всех детей, родившихся в состоянии асфиксии и (или) недоношенных, помимо невролога и педиатра, наблюдает заведующий отделением интенсивной терапии и реанимации новорожденных амбулаторно до достижения ими возраста 9 лет.

Для каждого новорожденного обсуждаются режимы искусственной вентиляции легких. По результатам наблюдений SpO_2 91–95 % для недоношенных пациентов предпочтительнее, чем SpO_2 96–99 %, т. к. вызывает меньший риск развития бронхолегочной дисплазии и как следствие улучшает прогноз в отношении дальнейшей заболеваемости.

Еженедельно в отделении проводятся семинары по статьям в медицинских журналах, ежемесячно — обмен опытом с коллегами из других регионов. Мне посчастливилось присутствовать на лекциях по врожденной цитомегаловирусной инфекции, семинару по проблемам питания детей с очень низкой массой тела при рождении, которым молоко или лечебную молочную смесь вводят по специальным зондам, дополнительно обогатив его белком, витаминами, микроэлементами, потребность в которых у таких новорожденных повышена. Интересными были доклады о проведении метаболической аутопсии — посмертному исследованию на 96 врожденных биохимических аномалий, а также о повреждении головного мозга малыша при отсутствии асфиксии при рождении. В отделение приехала делегация неонатологов из клиники г. Сеул (Южная Корея) для обмена опытом и обсуждения проблемы TORCH-инфекций в отделениях интенсивной терапии и реанимации новорожденных.

Психологический компонент заключается в том, что каждый медработник при проведении любых манипуляций разговаривает с ребенком, любая медсестра при ежедневном купании малыша напевает ему что-нибудь, а родители допускаются в отделение в любое время. Бывали ситуации, когда родители находились у своего ребенка прямо во время врачебного обхода, или маму привозили к новорожденному прямо после оперативного родоразрешения по пути из операционной в отделение интенсивной терапии.

Недоношенные дети — это особая группа пациентов, ведение которых должно быть максимально бережливым и в тоже время очень гибким. Выходить ребенка с экстремально низкой массой тела (от 500 г и выше) и множеством заболеваний — настоящее искусство. 14 марта 2014 г. путем операции кесарево сечение в связи с преждевременным разрывом плодных оболочек на 24 неделе гестации у повторнородящей 30 лет родилось две девочки. Первый ребенок — весом 686 г, оценка по шкале

Апгар 6/8 баллов, второй — 498 г, оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. На третьи сутки после родов у второго ребенка из двойни был диагностирован асцит, в анализе крови — повышение С-реактивного белка, на 6-е сутки такая же клиника развилась у первой девочки, при лапароцентезе был получен меконий. После получения результатов бактериологического исследования (*Proteus spp.*, *Serratia spp.*) был назначен ванкомицин и азитромицин, через неделю симптомы купировались. Так как во всем мире от 40 до 80 % детей с экстремально низкой массой тела при рождении могут стать инвалидами по зрению в связи с ретинопатией недоношенных, к этим детям был приглашен офтальмолог, который выполнил операцию лазерокоагуляции сетчатки. Благодаря усилиям реаниматологов, детских хирургов, офтальмологов, медицинских сестер, физиотерапевтов эти малышки были переведены из отделения интенсивной терапии в педиатрическое при достижении ими массы тела 1200 г для дальнейшего выхаживания.

Заключение

Обмен опытом и стажировки в ведущих мировых клиниках позволяют улучшить оказание медицинской помощи самым незащищенным пациентам, т. к. от знаний, квалификации и качественного ухода зависит очень многое.

Организация акушерской помощи в Японии имеет сходство с таковой в Беларуси. Как в Японии, так и в Беларуси, врачи, оказывающие медицинскую помощь самым маленьким пациентам — реаниматологи, анестезиологи, неонатологи, хирурги — специалисты высочайшей квалификации. Они способны выполнять сложнейшие манипуляции и хирургические операции даже тем, кому может навредить обычное прикосновение. Это уникальные специалисты и очень добрые люди, вкладывающие в своих маленьких пациентов частичку души. Япония — страна с одним из самым низким уровнем фето-инfantильных потерь. Благодаря слаженной работе команды высококлассных специалистов в Гомельской области младенческая смертность за последние годы также неуклонно снижается.

УДК 616-035.1

ОЦЕНКА ИСХОДНЫХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫПОЛНЕННОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ГРУППАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ РЕЦИДИВА ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

*Корнелиук О. М.², Мрочек А. Г.¹, Гончарик Д. Б.², Часнойть А. Р.³,
Колядко М. Г.¹, Русских И. И.¹, Корнелиук И. В.², Рабцевич В. А.²*

¹Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

²Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

³Учреждение образования

«Белорусский государственный экономический университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

В последние годы в лечении больных с фибрилляцией предсердий (ФП) все большее распространение получают хирургические методы лечения с использованием эндоваскулярных технологий. К настоящему времени было доказано, что сегодня катетерным методом радиочастотной аблации (РЧА) можно устранить пароксизмальную форму ФП у 90 % больных, а хроническую ФП — у 40–85 % больных. Однако следует отметить, что для получения результата требуются повторные процедуры РЧА в связи с наличием рецидивов ФП.

Важной проблемой является прогнозирование возможных рецидивов после РЧА ФП. Это связано с тем, что выявление этих пациентов поможет уточнить необходимость и длительность назначения антиаритмической и антикоагулянтной терапии. В литературе обсуждается влияние на вероятность рецидива возраста, длительности ФП, наличия АГ и ИБС, размеров ЛП и длительности ФП [1, 2], развитие рецидив ФП с «слепой период». Исследователи также активно изучают такие лабораторные показатели, как уровень Na-уретического пептида [3], гомоцистеин, BNP, маркеры воспаления (в частности, СРБ) [4, 5]. Однако данные разных авторов существенно разнятся.

Таким образом, на сегодняшний день существуют противоречивые данные о биохимических показателях и их прогностическом значении на рецидивы ФП после РЧА. Продолжается поиск объективных лабораторно-инструментальных параметров отражающих электрофизиологическое моделиро-