

сти были у 25 больных. Удовлетворительные результаты (у больных явления посттравматического деформирующего артроза голеностопного сустава) у 3 больных.

Выводы

1. Применение металлических пластин с угловой стабильностью исключает длительную и громоздкую внешнюю иммобилизацию травмированной конечности.

2. Ранняя активизация пациентов и разработка движений в смежных суставах позволяет исключить гиподинамию и контрактуры суставов.

3. Конструкция пластины обеспечивает надёжную и стабильную фиксацию отломков.

4. Стабильная фиксация отломков, естественный срок консолидации переломов, косметический эффект – основные достоинства методики, улучшающих качество жизни пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ

¹Гарбуз И.Ф., ²Кравцова А.Г.

¹Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь;

²Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, e-mail: med.fac.pediatrics@mail.ru

В 60–80 гг. XX в. в неонатологии появились современные техногенные и медикаментозные технологии, применяемые для реанимации и интенсивной терапии. Это способствовало как увеличению выживаемости доношенных и недоношенных детей, так и ухудшения здоровья детей в популяции, что привело к обязательному созданию условий, обеспечивающих здоровьесберегающие технологии новорождённым и детям первого года жизни. Здоровье детей составляет фундаментальную основу трудового потенциала и национальной безопасности общества.

До недавнего времени среди педиатров преобладало традиционное, годами сложившееся отношение к новорождённому ребёнку как к пациенту, которого обязательно нужно обследовать с момента рождения, туго пеленать, обрабатывать дезинфицирующими средствами, содержать отдельно от матери, докармливать молочными смесями по причине кажущегося отсутствия грудного молока у матери в первые дни жизни ребёнка, кормить строго по расписанию. Подобная практика перинатального ухода нарушает физиологическую адаптацию родившегося малыша, формирует у ребёнка чувство тревоги.

Целью настоящего исследования является оценка эффективности внедрения современных технологий в перинатологии на базе ГУ «РЦМиР» г. Тирасполь.

Материалы и методы. Оценка физического, нервно-психического развития новорожденного

производилась путем клинического их осмотра, лабораторных (общий анализ крови, общий анализ мочи), инструментальных методов исследования (электрокардиография, нейросонографическое исследование мозга, ультразвуковое исследование внутренних органов) и консультации узких специалистов (невропатолога, окулиста, ортопеда). Полученные данные статистически обрабатывались по общепринятой методике.

За период с 2008 по 2011 года в ГУ «РЦМиР» нами было обследовано 6962 новорожденных детей, составивших 2 группы:

I группа (без применения современных перинатальных технологий) – 3316 новорожденных детей, родившихся в 2008–2009 гг., из них в удовлетворительном состоянии в 2008 году – 90% и 2009 г. – 91%.

II группу (с применением современных перинатальных технологий) – 3646 ребенка, родившийся в 2010–2011 гг., в том числе в удовлетворительном состоянии 3419 (93%) новорожденных детей

Результаты. С 2009–2010 г. весь персонал акушерского стационара ГУ РЦМиР г. Тирасполь прошел курсы усовершенствования рекомендованные ВОЗ и ЮНИСЕФ, отвечающие современным технологиям развития перинатальной медицины, а полученные знания внедрены в практику акушерского и детского стационара отделений новорожденных ГУ «РЦМиР».

Учитывая рекомендации ВОЗ, нами был принят широкий спектр мер, направленных на не нарушение физиологической адаптации новорожденного.

Так, с 2010 г. в 99% случаев детей (II группа исследования), родившихся в удовлетворительном состоянии, были приложены к груди матери, и находились на животе матери в первые 30–120 минут жизни (контакт «кожа к коже») пока женщина находилась в родильном зале, а затем вместе с ней в сопровождении медицинского персонала следовали в послеродовое отделение. До 2010 года лишь 80%, родившихся в удовлетворительном состоянии детей прикладывали к груди в первые часы жизни, а кормление по требованию с 2007 по 2010 гг. составляло всего 20–30%, т.к. дети кормились преимущественно по часам.

С 2010 г. в 100% случаев детей в удовлетворительном состоянии находились на совместном пребывании, из них 98% вскармливались по требованию грудным молоком, и только в 2% случаев, в связи со стойкой гипогалактией матери, дети вскармливались детской адаптированной смесью. Часть детей в отделении новорожденных находилась на смешанном вскармливании, что составило 430 детей (11,2%) – это дети в среднетяжелом и тяжелом состоянии (2010–2011 гг.).

В связи с внедрением в неонатальную практику современных технологий ухода за ново-

рожденным, в итоге, нами были выбраны основные принципы и направления медицинской помощи новорожденным детям из всего спектра предлагаемых экспертами ВОЗ мер:

– содействие привязанности между новорожденным и матерью, раннее начало грудного вскармливания (первые 30–60 минут), обеспечение раннего контакта «кожа к коже»; ограничение рутинных мероприятий и процедур у новорожденного, ограничение контакта с медицинским персоналом, поддержание тепловой цепочки, отказ от необоснованных манипуляций, прекращение использования сосок.

При сравнительном анализе заболеваемости новорожденных нами были получены наиболее важные результаты внедрения современных перинатальных технологий, а именно:

1. В 2010 году по сравнению с 2008–2009 гг. отмечено снижение заболеваемости новорожденных по следующим нозологическим формам:

– церебральная ишемия – с 277 случаев – 17,0% (2008 г.), 154 случая – 8,6% в 2010 г., до 105 случаев – 5% (2011 г.);

– желтухи новорожденных – 633 случая – 40,9% (2008 г.), 485 случаев – 27,1% (2010 г.), 733 случая – 39% (2011 г.);

– внутриутробная инфекция и инфекция постнатального периода – 60 случаев – 3,7% (2008 г.), 32 случая – 1,8% (2010 г.), 21 случай – 1% (2011 г.).

2. Снизился процент переводимых детей из родильного дома в отделения патологии новорожденных, что отражает в полной мере заболеваемость среди новорожденных: 387 случаев – 24% (2008 г.), 170 случаев – 10,5% (2010 г.), 161 случай – 8% (2011 г.)

3. Число новорожденных детей поступающих с амбулаторной сети в стационар ГУ «РЦМиР» остается на том же уровне в исследуемых группах: 73 случая (4,5%) поступления отмечено в 2008 г., 103 случая (5%) в 2010 г., 84 случая – 4,5% в 2011 г.

Выводы

1. В 2010 году по сравнению с 2008–2009 гг. отмечено снижение почти в 2 раза заболеваемости новорожденных по следующим нозологическим формам: церебральная ишемия, желтухи новорожденных, внутриутробная инфекция и инфекция перинатального периода.

2. Более чем в 2 раза снизился процент переводимых детей из родильного дома в отделения патологии новорожденных.

3. Нами наглядно доказано, что современные перинатальные технологии, основанные на принципах доказательной медицины, несомненно, позволяют достичь главного результата – улучшения оказания медицинской помощи в области репродуктивного здоровья, увеличения количества детей с физиологическим началом жизни, что станет основой развития здоровой нации.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СПАСТИЧНОСТИ

Королев А.А.

*Санкт-Петербургская государственная
педиатрическая медицинская академия,
Санкт-Петербург, e-mail: koroland.dok@mail.ru*

Патологические процессы в головном мозге условно разделяют на две группы – очаговые и диффузные. Изменения в мозге при остром нарушении мозгового кровообращения носят очаговый характер. Неврологические симптомы и, соответственно, тип мышечного тонуса при поражении различных отделов головного мозга будут отличаться друг от друга.

Как известно, лобная доля отделяется от теменной доли центральной (роландовой) бороздой, височной – латеральной (сильвиевой) бороздой. На наружной поверхности лобной доли различают вертикальную (прецентральную) и три горизонтальных (верхнюю, среднюю и нижнюю) лобные извилины. Вертикальная извилина расположена между центральной и прецентральной бороздами. Верхняя лобная извилина находится выше верхней лобной борозды, средняя лобная извилина – между верхней и нижней лобными бороздами, нижняя – между нижней лобной и латеральной бороздами. На базальной поверхности лобной доли различают прямую и орбитальную извилины, которые окаймлены обонятельной и орбитальной бороздами. Прямая извилина расположена между внутренним краем полушария и обонятельной бороздой. В глубине этой борозды расположены обонятельная луковица и обонятельный тракт, являющиеся проводниками этого анализатора.

Функция лобных долей связана с организацией произвольных движений, двигательных механизмов речи и письма, регуляции сложных форм поведения, процессов мышления. К афферентным системам лобной доли относятся проводники глубокой чувствительности (они заканчиваются в прецентральной извилине) и многочисленные ассоциативные связи от всех других долей головного мозга. Верхние слои клеток коры лобных долей включаются в работу кинестетического анализатора и участвуют в формировании и регуляции сложных двигательных актов.

В лобных долях начинаются различные эфферентные двигательные системы. В V слое прецентральной извилины находятся гигантопирамидальные нейроны, составляющие корково-спинномозговые и корково-ядерные пути (пирамидная система). От обширных экстрапирамидных отделов лобных долей в премоторной зоне ее коры (главным образом от цитоархитектонических полей 6 и 8) и ее медиальной поверхности (поля 7, 19) идут многочисленные проводники к подкорковым и стволовым образованиям (фронтоталамические, фронтоталли-