

предусматривать такие виды деятельности, как самостоятельную работу с учебными изданиями. Приобретение профессиональных и организаторских навыков; изучение организации и технологии производства, работ; работу с технической, нормативной и другой документацией; выполнение функциональных обязанностей должностных лиц; участие в совещаниях, деловых встречах. По окончании стажировки слушатель получает документ о квалификации.

Формы обучения и сроки освоения ДПП определяются образовательной программой и (или) договором об образовании (часть 13 статья 76). Объем освоения ДПП установлен порядком для программ повышения квалификации, срок освоения не может быть менее 16 часов, а срок освоения программ профессиональной переподготовки – менее 250 часов.

Федеральный закон предусматривает использование сетевой формы реализации образовательных программ, применение электронного обучения и дистанционные образовательные программы. Таким образом, для медицинских колледжей имеется возможность организовать и реализовать последиplomную подготовку более доступной и экономически эффективной для медицинских работников. Это очень важно для Республики Саха (Якутия), где очень обширная территория, сложная транспортная схема. Новый Федеральный Закон об образовании № 273 – ФЗ дает право образовательным учреждениям самостоятельно устанавливать виды и формы внутренней оценки качества реализации образовательных программ ДПП.

Безусловно, для дальнейшего развития последиplomного профессионального образования медицинских работников со средним специальным образованием на современном этапе необходимо:

- развитие инфраструктуры для обеспечения благоприятных условий для обучения;
- использование современных педагогических информационных технологий на основе андрологии;
- оптимизации учебного процесса;
- привлечение к преподавательской деятельности квалифицированных компетентных специалистов;
- ориентация на удовлетворение потребностей практической медицины, потребителей.

В соответствии с частью 2 статьи 76 Федерального закона к освоению ДПП допускаются лица, имеющие среднее профессиональное и высшее образование и лица, получающие среднее профессиональное и высшее образование.

Федеральный закон определяет, что документ о квалификации подтверждает повышение и приобретение квалификации по результатам ДПО.

По итогам освоения ДПП с 1 сентября 2013 года лицам, успешно освоившим соответствующую программу и прошедшим итоговую

аттестацию, выдаются удостоверение о повышении квалификации и диплом о профессиональной переподготовке, согласно части 16 статьи 76 Федерального закона № 273 ФЗ.

Таким образом, принятие нового Федерального Закона «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ дает новые возможности дальнейшему развитию последиplomной профессиональной подготовке медицинских и фармацевтических работников среднего звена на базе ОПДО ГБОУ СПО РС (Я) «Якутский медицинский колледж», чтобы обеспечить учрежденный здравоохранения Республики Саха (Якутия) высококвалифицированными кадрами со средним медицинским образованием.

ПРЕДПОСЫЛКИ И ИХ РОЛЬ В ДИАГНОСТИКИ НАТАЛЬНОЙ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО СЕГМЕНТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Гарбуз И.Ф., Гайдей С.С., Бордиян Н.С.

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь,
e-mail: travorto.tir@mail.ru*

В последнее время согласно литературным данным травма шейного отдела позвоночника у новорожденных занимает лидирующее место (А.Ю. Ратнер, 1990; И.Ф. Гарбуз, 2009; J.V. Maigne, 2003). Согласно имеющиеся информации (А.Ю. Ратнер, 1990; А.Ю. Папелянский, 2003; А.В. Губин, 2008) из каждых 3-х родившихся двое новорожденных получают травму шейного сегмента позвоночника при родах.

Травматическое разрушение анатомических структур шейного отдела позвоночника у новорожденного в процессе родов является результатом воздействия изгоняющих сил роженицы и дополнительных не всегда обоснованных медицинских пособий.

Главные силы, которые воздействуют на плод, в основном на шейный сегмент позвоночника при рождении являются: изгоняющие силы матки; силы препятствующие прохождению плода по родовым путям; силы, которые уменьшают сопротивления при продвижения плода по родовым путям – вращение плода; комбинированное силовое воздействие и воздействие извне – медицинское пособие.

Кроме воздействия главных сил при рождении плода существуют и предрасполагающие факторы, которые благоприятствуют травматизации шейного сегмента позвоночника, а именно: несоответствие размера головки новорожденного и размера таза матери; быстрые и стемительные роды; затыжные роды; порочное положение плода и плаценты; асиклическое вставление головки; разгибательное вставление головки; акушерский поворот; вакуум экстракция плода или наложение щипцов; непоказанное и неправильное медицинское пособие при родах; ускорение и стимуляция родовой дея-

тельности; тазовое предлежание плода; недоношенность.

Вероятность травматизации (разрушения) анатомических структур шейного сегмента возрастают при: стимуляции родовой деятельности; наложение акушерских щипцов; родоразрешение путем кесерова сечения; недоношенность; малая масса новорожденного (менее 3000); большая масса новорожденного (более 4000).

Основные механизмы повреждения шейного сегмента позвоночника следующие: компрессионный; дистракционный; ротационный; комбинированный.

Цель исследования определение основных клинических симптомов у новорожденных, которые получили травму шейного сегмента позвоночника во время родов.

Исследовали истории болезни у 136 новорожденных, которые получили лечение в отделении реанимации новорожденных из которых мальчиков было 66, девочек 70. По весу новорожденные были распределены следующим образом: до 2000 г – 2 детей; 2000–2500 г – 19; 2500–3000 г – 44; 3000–3500 г – 39; 3500–4000 г – 21; 4000 и более – 11 новорожденных.

После получения травмы шейного отдела позвоночника во время родов в зависимости от степени повреждения анатомических структур сегмента всегда появляется характерная клиническая картина с специфичными симптомами выраженность которых варьирует от степени и места повреждения и проявляется: неправильное положение головы вплоть до вынужденного положения черепа – у 72 детей (53%); нарушение согласованности в движениях рук и ног – у 68 (50%); нарушение сна, частые вскрикивание во сне – у 78 (57%); безволосый участок на затылке – у 56 (41%); парестезия по задней поверхности шеи и затылка – 81 (60%); однотипное положение ребенка во время сна – у 71 (52%); нарушение симметричности в строении черепа – 27 (20%); глазные щели разные по форме и размеру – у 49 (36%); специфичное положение новорожденного во время сна (изогнут как буква С) – у 52 (38%); новорожденный сильно выгибается назад – у 49 (36%); проблемы во время кормления грудью (плохо сосет; трудно глотает; часто поперхиваются) – у 58 (43%).

Из всех перечисленных признаков выявлено 4 симптома – у 6 больных (4%); 5 симптомов – у 22 новорожденных (16%); 6 симптомов – у 72 (53%); 7 и более симптомов – у 37 (27%). Кроме перечисленных были и другие проявления неврологической симптоматики слабо заметные или которым специалисты не предавали клинического значения.

Кроме неврологических симптомов у всех больных анализированы предпосылки травм и выявлено следующие: стремительные роды у 21 роженицы (15%); затяжные роды у 26 (19%); акушерский поворот 13 (9%); нало-

жение щипцов 5 (4%); стимуляция родовой деятельности 36 (26%); тазовое предлежание плода 11 (8%); недоношенность 19 (14%); кесерова сечения 41 (30%); новорожденный с весом менее 3000 г. 32 (24%); новорожденный с весом более 4000 г. 28 (20%); разрывы промежностей различной степени у 36 (26%).

Из всех перечисленных предрасполагающих факторов у каждой роженицы могли быть и несколько таких препопылок, которые переходили одно в другие – затяжные роды, стимуляция родовой деятельности, ручное медицинское пособие; рождение ребенка с большим весом; разрыв промежностей.

Выводы

1. Натальную травму у новорожденного учитывая предрасполагающие факторы можно предупредить или даже избежать меняя тактику ведения родов.

2. Зная предрасполагающие факторы, категорически не рекомендуется рисковать здоровьем беременной и новорожденного.

3. Имея на лицо предрасполагающие факторы у беременной необходимо заранее запланировать ведение новорожденного как больного с натальной травмой шейного отдела позвоночника.

СИМПТОМ ВТЯГИВАНИЯ ПРИ РЕДРЕССАЦИИ ШЕЙНОГО СЕГМЕНТА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Гарбуз И.Ф., Бордиян Н.С., Гайдей С.С.

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь,
e-mail: travorto.tir@mail.ru*

Редрессация шейного отдела позвоночника у детей сложная и опасная процедура, в тоже время хирург должен знать редрессация прошла успешно или нет опираясь на конкретные симптомы.

В литературе описаны некоторые симптомы при редрессации шейного сегмента позвоночника из которых: симптом щелчка при ротационных движениях головы; симптом щелчка при боковых наклонах головы; увеличение объема ротации при ротационных движениях головы и другие.

Все указанные симптомы не всегда подтверждают результативность редрессации и связаны с механизмом форсированного перемещения тканей во время процедуры редрессации шейного сегмента позвоночника.

В процессе работы замечено, что при эффективной редрессации шейного сегмента позвоночника, кроме щелчка (хруста) при ротационных движениях головы и при боковых наклонах головы, увеличения объема ротации головы после завершения процедуры, несмотря на то, что больной находится в состоянии наркотозного сна и имеется определенная релаксация мышц при эффективной редрессации всегда появляется напряжения мышц шеи с элементами втягивания головы.

Цель нашего исследования – объективизировать эффективность редрессации шейного