

и, в меньшей степени, другими респираторными расстройтвами (P28).

Замедленный рост и недостаток питания плода (P05), а также инфекции, специфичные для перинатального периода (P39) встречаются с одинаковой частотой и находятся на втором и третьем месте у детей при оперативном родоразрешении. Однако частота родовых травм (P10-15) при оперативных родах в 8,1 раза меньше, чем при самостоятельных родах. В 1,5 раза меньше церебральных ишемий (P91) встречается при рождении путем ОКС. (В литературе есть противоположные данные, что, возможно, связано с недостаточной диагностикой этих состояний у наших детей, так как диагностика церебральных ишемий происходит только клинически из-за отсутствия необходимого оборудования).

При самостоятельных родах структура несколько другая: замедленный рост и недостаток питания (P05) встречаются чаще всех нозологических единиц, затем по убыванию идут церебральные расстройства (P91), респираторные нарушения (P20-28), инфекции, специфичные для перинатального периода (P39).

Количество детей, переведенных на Зий уровень или в палаты интенсивной терапии соответствует 11,5% при КС, в то время как при самостоятельных родах – 4,8%. Тяжесть состояния детей при ОКС так же зависит от срочности оперативного вмешательства. При плановом КС нет детей, рожденных в тяжелом состоянии, а средняя степень тяжести отмечалась в 7,4%. При срочной операции КС тяжелое состояние детей отмечалось в 3,7%, а средняя степень тяжести на момент рождения отмечена в 14,4%.

Выводы

Анализ проведенной работы позволил выявить следующее:

1. Низкая оценка по шкале Апгар встречается при кесаревом сечении в 3,7 раза чаще, чем при самостоятельных родах.

2. Вид анестезии влияет на низкую оценку по шкале Апгар, в меньшей степени нарушается состояние новорожденного при регионарной анестезии.

3. При операциях КС, проведенных по экстренным показаниям, частота асфиксий в 2,5 раза больше, чем при плановых оперативных вмешательствах.

4. Дети, рожденные путем операции КС, попадают в группу риска по ранней неонатальной смертности (риск возрастает в 5,4 раза по сравнению с самостоятельными родами). РНС при оперативных преждевременных родах увеличивается в 2,3 раза среди недоношенных.

5. Заболеваемость детей, рожденных путем ОКС, выше в 1,12 раза, чем при самостоятельных родах.

6. Частота дисбиоза у детей, извлеченных оперативным путем, значительно выше, чем при самостоятельных родах.

7. Структура заболеваемости детей, извлеченных путем ОКС, имеет свои особенности: преобладает патология органов дыхания, реже встречаются родовые травмы. В нашем анализе частота ишемических повреждений у этих детей меньше, чем при самостоятельных родах.

8. Вероятность рождения детей, с нарушенным общим состоянием, возрастает при срочном оперативном родоразрешении (детей в тяжелом состоянии при плановой операции не было).

9. Напряженное течение процессов адаптации новорожденных, извлеченных КС, свидетельствует о необходимости выделения их в особую группу медицинского наблюдения. Организацию выхаживания данных новорожденных необходимо осуществлять на основе единых принципов, включающих мероприятия, по созданию щадящих условий для ранней адаптации, профилактике дисбиозов, неспецифической коррекции иммунного статуса (раннее прикладывание к груди матери, естественное вскармливание, рациональное питание матери). Возможность отдаленных последствий особенностей неонатального периода новорожденных, извлеченных операцией КС, диктует необходимость диспансерного наблюдения их в раннем возрасте по индивидуальному плану, предусматривающему контроль за физическим, психосоциальным развитием и качеством жизни.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кравцова А.Г., Гарбуз И.Ф.

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, Тirasполь,
e-mail: med.fac.pediatrics@mail.ru*

Аллергические заболевания находятся на одном из первых мест по распространенности в детском возрасте, причем за последние 20 лет частота их увеличивалась в 10 раз (по данным Российского научного центра здоровья детей РАМН). Загрязнение окружающей среды стало негативным символом нашего времени. Человечество, побеждая ряд страшных заболеваний, приобретает новые, о которых наши предки не знали: бронхиальная астма, хронический бронхит, поллинозы, аллергические дерматиты, нейродермиты, вегетососудистые дисфункции, синдром хронической усталости. По данным ВОЗ число больных ежегодно увеличивается на 600 000–1 000 000 человек. [1]

Бороться с болезнями органов дыхания можно не только с помощью лекарств. Мы делаем ставку на восстановительную медицину, способную открыть внутренние резервы больного. Унифицированный подход к «ступенчатой» терапии в зависимости от тяжести периода бронхиальной астмы предложен в современном международном консенсусе. При этом выделяются три главных направления лечения: элиминации

или уменьшение контакта с причинно-значимыми аллергенами, проведение фармакотерапии и иммунотерапии. [1]

Кроме того важное место придается немедикаментозным средствам и методам воздействия, особенно восстановительной терапии с использованием специальных программ. Также обязательным является соблюдение гипоаллергенной диеты с учетом индивидуальных особенностей ребёнка, лечебной физкультуры, как адаптационного факта и физиотерапии.

Спелеоафотерапия – немедикаментозный метод, поэтому её более всего можно отнести к средствам реабилитации, тем не менее, она может быть использована и в комплексном лечении в сочетании с лекарственными средствами или физиотерапией.

Средства и формы физической реабилитации составляют важную и необходимую часть в комплексной терапии бронхиальной астмы, способствуют уменьшению бронхообструктивного синдрома, улучшению состояния сердечно-сосудистой системы, повышают толерантность к физическим нагрузкам. Все вышеперечисленные мероприятия легко сочетаются с использованием спелеоклиматолечения, хороший эффект которого отмечен при его проведении [2].

Ежедневное пребывание в особой элиминирующей организм больного от его причинно-значимых аллергенов насыщенный соляными аэрозолями гипоаллергенной воздушной среде спелеоклиматотерапевтических палат (галакамера) уменьшает частоту и тяжесть приступов удушья, как правило улучшает показатели функции внешнего дыхания и иммунитета, вегетативной регуляции, нормализует симбиоз флоры органов дыхания.

Все это благоприятно влияет на течение болезни, позволяет продлить длительность ремиссии и тем самым повышает качество жизни больного ребёнка. Можно жить без мучительных приступов и постоянных опасений за свое здоровье, – в этом уверены все больные, прошедшие лечение в спелеоклиматической камере. В её основе – моделирование уникальных факторов спелеолечебниц, расположенных в калийных и соляных шахтах, используемых для аэротерапии [3].

Стерильность и бактерицидность живого воздуха, наличие субмикронных соляных аэрозолей и отрицательных аэроионов оказывают благоприятное влияние на реактивность бронхов, на слизистую оболочку верхних дыхательных путей и бронхолёгочного аппарата, что способствует разжижению и удалению мокроты, существенному улучшению бронхиальной проходимости. Непосредственное действие аэроионов приводит к усилению движений ворсинок мерцательного эпителия трахеи и бронхов, улучшая тем самым мукоцилиарный клиренс. Химические компоненты соли изменяют

электролитный баланс мышечных волокон, что приводит к их релаксации и повышению числа полноценно вентилируемых альвеол, бактериальной санации бронхов, улучшение симбиоза флоры респираторного тракта. [3]

Материалы и методы. Исследование проводилось сотрудниками кафедры педиатрии в условиях консультативно-диагностическая поликлиника ГУ РЦМиР г. Тирасполь. В течении 3-х лет с 2008–2010 гг. наблюдалось 70 детей состоящих на «Д» учете по поводу бронхиальной астмы, атопической и неатопической формы, средней и легкой степени тяжести в возрасте от 5 до 14 лет. Из них 50 детей провели спелеоаэротерапию в галакамерах на базах оздоровительных профилакториях «Тиротекс» и «Вита» г. Тирасполя. При этом 17 детей получили аэротерапию повторно. В контрольной группе 20 детей, которые получали медикаментозную базисную реабилитацию.

Галакамера – высокоэффективное натуротерапевтическое лечение осуществляется в эксклюзивной камере, где моделируется основной лечебно-оздоровительный физический фактор спелеотерапии – кристаллы природной каменной соли аэроусиленные квантовым потоком света. Лечение спелеоаэротерапии проводилось в галакамере по 40–60 мин ежедневно курсом 15 дней. Оптимальным положением легочного больного при проведении сеанса является «поза астронавта» – полусидячее положение, которое способствует состоянию покоя и релаксации диафрагмы, улучшая процесс вентиляции. В последующем проводилось спецкомплекс дыхательной лечебной гимнастики и дренажный массаж. Таким образом: спелеоаэротерапию получили 2008 г. – 19 детей, 2009 г. – 27 детей, 2010 г. – 21 (повторно 17) детей.

Результаты и их обсуждение. Приступая к обсуждению результатов использовали критерии контроля –

- 1) кашель;
- 2) состояние функции внешнего дыхания (пикфлоуметрия);
- 3) длительность ремиссии;
- 4) уменьшение доз и длительности медикаментов «базисной» терапии;
- 5) катamnестический анамнез.

В результате лечения немедикаментозными методами физиореабилитации значительно снизилось обострения бронхиальной астмы у детей (40 детей – 80%), в 100% улучшились функция внешнего дыхания, длительность ремиссии составила от 3-х до 6 месяцев, кашель практически не отмечался в 80% случаев. У всех детей после спелеоаэротерапии улучшилось самочувствие и качество жизни, дети стали активными, подвижными, повысилась толерантность к физическим нагрузкам без применения бронхоспазмолитиков.

Выводы

– Использование комплексной терапии бронхиальной астмы у детей с применением вышеперечисленных немедикаментозных методов и факторов, включая спелеоклиматотерапию, дыхательную гимнастику, кинезотерапию, существенно повышает эффективность реабилитации, что позволяет учитывать индивидуальную особенность больного ребенка, индивидуально корректировать лечение и добиваться длительной ремиссии.

– Рациональное использование немедикаментозных методов реабилитации позволяют уменьшить объем и длительность применения медикаментов «базис» терапии, они безопасны и психологически хорошо переносятся детьми. Катамнестический анамнез показал, что эффективность сохраняется от одного года до полутора лет.

– Использование эффективных методов физиореабилитации в местных условиях (г. Тирасполь) значительно уменьшает экономические затраты на оздоровление детей, а также снижает состояние дезаклиматизации.

Список литературы

1. Бронхиальная астма у детей: диагностика, лечение и профилактика. // Научно-практическая программа. – М., 2007. – 3–48 с.

2. Геппе Н.А., Ревакина В.А. и др. Многоцентровое открытое рандомизированное клиникоэкономическое исследование различных режимов фармакотерапии при лечении среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмы // Аллергология. – 2007. – № 3–3–11.

3. Огородова Л.М., Петровский Ф.И., Прохорова Т.П. Контроль над бронхиальной астмой: можем ли мы достичь большего // Атмосфера. – 2007. – № 3. – С. 1–4.

НЕЙРОПАТИЯ ЛОКТЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

Кравцова А.Г., Гарбуз И.Ф.

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь,
e-mail: med.fac.pediatrics@mail.ru

Нейропатия локтевого нерва у детей после перенесенных травм локтевого сустава занимает лидирующее место среди последствий травм локтевого сустава уступая только посттравматическим деформациям.

С 2009 по 2014 года на базе ГУ «РЦМиР» г. Тирасполь мы наблюдали 38 больных детей с посттравматической нейропатией локтевого нерва, из которых 20 девочек и 18 мальчиков. Возраст детей колебался в среднем от 3 до 15 лет. Причиной нейропатии, у наблюдавшихся больных, были следующие: закрытая репозиция костных отломков плечевой кости с транскутанной фиксацией спицами – 12 больных; закрытая репозиция костных отломков плечевой кости с наложением гипсовой повязки – 9; Открытая репозиция костных отломков плечевой кости с фиксацией спицами – 11; Закрытое вправление вывиха костей предплечья – 6. У всех вышеуказанных детей были манипуляции на области

локтевого сустава – травматизация тканей в зоне локтевого нерва. Рубцовая компрессия локтевого нерва локализовалась в зоне манипуляции.

Основные симптомы посттравматической нейропатии локтевого нерва у наблюдаемых нами детей были следующие: трудноподающиеся лечению посттравматические сгибательно-разгибательные контрактуры в локтевом суставе; появление неприятных ощущений (онемение и парестезии) в области IV и V пальцев кисти; наступает снижение силы в приводящих и отводящих мышцах пальцев кисти; в запущенных случаях кисть напоминает «когтистую лапу». Функции лучевого нерва при посттравматической нейропатии локтевого нерва не страдает, в следствии чего, основные фаланги 4–5 пальцев оказываются резко разогнутыми. Сохранена функция и срединного нерва и при нейропатии локтевого нерва средние фаланги согнуты, V палец обычно отведен.

Диагностическими признаками посттравматической нейропатии локтевого нерва у детей служили: при сжатии кисти в кулак V, IV и отчасти III пальцы сгибаются не полностью; при плотно прилегающей к столу кисти «царапание» мизинцем по столу невозможно; в этом же положении кисти невозможны разведение и приведение пальцев, особенно IV и V; при пробе удержать лист бумаги последняя не удерживается выпрямленным 5 пальцем. При запущенных формах посттравматической нейропатии локтевого нерва определяется атрофия мелкие мышцы кисти – межкостные, червеобразные, возвышений мизинца и I пальца.

Анализируя наши наблюдения для определения дальнейшей тактики лечения при посттравматической нейропатии локтевого нерва у детей, предлагаем следующую рабочую классификацию: Посттравматическая нейропатия локтевого нерва 1 степени; 2 степени; 3 степени и 4 степени.

Предложенная классификация дает возможность определить конкретную тактику лечения в данный момент, учитывая клиническую картину, а именно – при посттравматической нейропатии локтевого нерва 1 степени, когда клиническая картина только появляется, а симптоматика не постоянная таких больных продолжает лечить реабилитолог уделяя особое внимание функции локтевого сустава. При прогрессировании патологии, при появлении конкретной постоянной симптоматики больные осматриваются специалистом невропатологом и посттравматическая нейропатия уже принимает статус 2 степени. Больные принимают кроме реабилитационного лечения патологии локтевого сустава и неврологическое лечение.

К сожалению, посттравматическая нейропатия локтевого нерва носит прогрессирующий характер и в независимости от способов лечения заболевание прогрессирует, появляются стойкие