

АЛГОРИТМ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НОВОРОЖДЕННОГО В ГРОДНО

Онегин Е. В., Домаренко Т. Н. *

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» Беларусь

Энцефалопатия новорожденного (ЭН) объединяет различные по этиологии или неуточненные по происхождению поражения головного мозга, возникающие в перинатальном периоде. Выделение ЭН в отдельную группу обусловлено незрелостью мозга новорожденного, как в анатомическом, так и в функциональном отношении. В этом периоде различные вредные причины могут вызвать аналогичные клинические изменения со стороны нервной системы. При ЭН поражается незрелый, развивающийся мозг, который имеет большие компенсаторные возможности. Энцефалопатии новорожденного - это фактически остаточные явления уже перенесенного патологического процесса, при этом двигательные и другие нарушения имеют тенденцию к обратному развитию. Цель врача - направить этот спонтанный регресс симптомов по правильному пути, управлять им, не дать развиваться контрактурам, различным порочным позам и движениям.

Нами предложена система по организации медицинской реабилитации детей с перинатальными поражениями головного мозга с выделением фаз медицинской реабилитации, разделением больных на клинико-реабилитационные группы, с определением конкретных целей, задач, видов и сроков медицинской реабилитации, дифференцированной оценкой результативности по клиническим и социальным показателям в каждой из них, направлена на повышение эффективности службы реабилитации [4, 5].

Данный алгоритм проведения медицинской реабилитации больным с ЭН интегрирован в лечебно-диагностический процесс на всех этапах организации медицинской помощи детям и проводится на базе имеющихся лечебно-профилактических

учреждений, в рамках которых, дифференцируются 2 типа реабилитационных подразделений: неспециализированные (многопрофильные, оказывающие реабилитационную помощь больным с разными нозологиями) и специализированные (ориентированные на больных с поражением нервной системы).

В ранней фазе (сразу после рождения) - реабилитация включается в программу интенсивной терапии больного. Новорожденных с тяжелыми нарушениями в первые часы переводят в реанимационное отделение. Здесь проводят дифференцированные методы интенсивной терапии в течение нескольких часов или суток, с последующим переводом для дальнейшего лечения в отделение патологии новорожденного детской больницы, что определяется тяжестью неврологических нарушений, сопутствующими заболеваниями, сроками гестации.

Цель реабилитации - преодоление или смягчение инвалидизирующих последствий перинатальных поражений нервной системы [2]. Задачи медицинской реабилитации - максимально возможное восстановление функций (последствий на органном уровне); предупреждение осложнений и хронизации патологии, восстановление жизнедеятельности (последствий на организменном уровне) [1, 2].

Продолжительность пребывания в данных подразделениях больного варьирует от нескольких дней в отделении интенсивной терапии и реанимации роддома, до 1 мес. и более (в зависимости от компенсации функций) в отделении патологии новорожденных детской больницы. Непрерывность достигается продлением курса реабилитации в домашних условиях, задания на дом рассчитываются на 3-6 месяца, с последующим контролем в лечебно-диагностических учреждениях или проведением там повторного курса медицинской реабилитации и коррекции домашнего задания. Лечение новорожденных с энцефалопатией новорожденного было 2-х этапным: лечение в остром (период новорожденности) и восстановительном (со 2-го месяца жизни) периодах. Дети получали патогенетическую терапию (гемостатическую, дегидратационную, активирующую окислительно-восстановительные процессы, фосфолипидный обмен, трофические функции), стимулирующую (обменные процессы в ЦНС, общей сопротивляемости, восстановление

трофических функций и проведения нервного импульса) и симптоматическую (борьба с сердечными и дыхательными нарушениями, повышением мышечного тонуса, судорогами, повышенной нервно-рефлекторной возбудимостью и двигательными нарушениями) [5].

В связи со сложностью патогенеза и многообразием клинических синдромов ЭН было необходимо участие в процессе лечения таких специалистов, как невролог, неонатолог, ортопед, врач по лечебной физкультуре, логопед и др.

Основные направления коррекционной работы по формированию двигательных функций предполагали комплексное, системное воздействие, включающее медикаментозное, физиотерапевтическое, ортопедическое лечение, различные массажи, лечебную физкультуру, иглорефлексотерапию.

Реабилитация гипоксических повреждений мозга новорожденных может быть достаточно полной при условии раннего начала, комплексном патогенетическом подходе с соблюдением принципов этапности и непрерывности.

Система мероприятий по поэтапной реабилитации энцефалопатий новорожденного должна предусматривать лечение гипоксии плода у беременных женщин из группы риска по перинатальной патологии в женской консультации и отделении патологии беременных, интранатальную охрану плода во время родов, реанимационные мероприятия и интенсивную терапию новорожденных, родившихся в асфиксии, комплекс организационных, лечебных и реабилитационных мероприятий для новорожденных детей первых лет жизни в психоневрологических отделениях больниц и диспансерное наблюдение в поликлиниках [3].

Таким образом, предлагаемый алгоритм по оказанию помощи детям с перинатальными поражениями нервной системы с выделением фаз МР, позволяет реализовать принцип раннего начала и ее непрерывности. Разделение больных на клинко-реабилитационные группы разрешает наметить конкретные цели, задачи и виды МР, дифференцированно оценивать результативность по клиническим и социальным показателям,

что придает отчетности службы реабилитации более конкретный характер.

Литература:

1. Гиткина, Л. С. Клинико-реабилитационные группы как основа дифференцированного подхода к оценке эффективности реабилитации / Л. С. Гиткина // Вопросы организации и информатизации здравоохранения.-1999.-№1.-С. 25-31.
2. К концепции медицинской реабилитации / Зеленкевич И. Б. [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения.-1998.-№1.- С. 21-28.
3. Неврология детского возраста: болезни нервной системы новорожденных и детей раннего возраста, эпилепсия, травматические и сосудистые поражения: учеб. пособие для ин-тов / Е. С. Бондаренко [и др.]; под общ. ред. Г. Г. Шанько, Е. С. Бондаренко.- Мн.: Выш. шк., 1990. - 495 с.
4. Онегин, Е. В. Организация медицинской реабилитации детей с поражением нервной системы: методические рекомендации / Е. В. Онегин. - Гродно, 2003. - 13 с.
5. Онегин Е. В. Роль лечебно-диагностических учреждений в организации проведения реабилитации детей с перинатальными поражениями нервной системы / Е. В. Онегин // Экономическая антропология. - Ежегодник. - Мн., 2006. - С. 237-240.

КОНЦЕНТРАЦИЯ ЛЕПТИНА И АДИПОНЕКТИНА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

ПАРАМОНОВА Н. С., ВОЛКОВА О. А.

УО "Гродненский государственный медицинский университет",
2-я кафедра детских болезней Гродно, Беларусь

По данным ВОЗ количество людей, страдающих ожирением, по всему миру с 1980 г. увеличилось в два раза, а 4-10% населения в разных странах страдают бронхиальной астмой (БА). Существует предположение, что взаимосвязь между БА и ожирением является эпифеноменом, показывающим, что ожирение - фактор риска для возникновения и развития БА [1]. Было обнаружено, что при ожирении наблюдается снижение бронхиального сопротивления, функциональной остаточной емкости легких, что приводит к уменьшению калибра дыхательных путей и их гиперреактивности [2]. Жировая ткань обладает эндо-, ауто- и паракринной функциями, здесь вырабатываются различные адипокины с про- и противовоспалительным эффектом: лептин, интерлейкин-6,