

Литература:

1. Баранов, А.А. Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии / А.А. Баранов, П.Л. Щербаков // Вопросы современной педиатрии. – 2002 – Т. 1, № 1. – С. 12-14.
2. Булатов, В.П. Состояние поджелудочной железы у детей с гастродуоденальной патологией: учебно-методическое пособие / В.П. Булатов [и др.]. – Казань, 2007. – 47 с.
3. Иванов, В.А. Ультразвуковая диагностика заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны / В.А. Иванов, В.И. Молярчук. – М.: Камерон, 2004. – 136 с.
4. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т.1. – 1024 с.

ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Баркун Г.К., Лысенко И.М., Журавлева Л.Н., Косенкова Е.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. На фоне ухудшения демографических показателей, возникших на рубеже XXI века: снижения рождаемости, старения населения и преобладания смертности над рождаемостью, возникла проблема воспроизводства здорового населения. Поэтому основной задачей органов здравоохранения является снижение младенческой смертности и инвалидности детей.

Целью данного исследования явилось определение перспектив выхаживания недоношенных детей с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой (ЭНМТ) тела при рождении.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни педиатрического отделения для недоношенных детей учреждения здравоохранения «Витебская детская областная клиническая больница» (ВДОКБ). Данные обработаны статистически с помощью программы "Statistica 6.0".

Результаты и обсуждение. Стабилизации и значительного улучшения показателей младенческой смертности в области удалось добиться благодаря успехам в работе службы реанимации и интенсивной терапии, а также успешной деятельности реанимационно-консультативного центра (РКЦ) ВОДКБ. Однако, несмотря на явные позитивные тенденции в плане улучшения показателей младенческой смертности, явно прослеживаются определенные отрицательные моменты данного прогресса. Вызывает тревогу тот факт, что успехи в выхаживании детей с ОНМТ и ЭНМТ, имеют

свою обратную сторону – рост числа детей-инвалидов с патологией ЦНС, бронхолегочной системы, органа зрения.

Проведенный нами анализ результатов работы отделения недоношенных ВДОКБ больницы, с учетом данных статистического анализа детской заболеваемости и смертности в РБ в последние 3 года показали, что все дети данной группы нуждались в интенсивной терапии, а половина из них (52,38%) - в искусственной вентиляции легких в связи с рождением в асфиксии (95,2%), с клиникой респираторного дистресс-синдрома, обусловленного первичной сурфактантной недостаточностью. Согласно нашим данным, более половины из них (57,2%), имеют высокий риск развития детского церебрального паралича (ДЦП).

По результатам анализа статистических данных, характеризующих деятельность педиатрического отделения для недоношенных детей ВДОКБ, 51 новорожденный (10,1%) из 506 пролеченных пациентов относится к группе высокого риска по выходу на инвалидность: по патологии ЦНС – 33, врожденным порокам сердца – 4, врожденным порокам развития – 13, патологии органов зрения – 1. Из 13 новорожденных с ЭНМТ – 7 (53,9%) могут выйти на инвалидность. Все эти дети рождены в асфиксии, двое – тяжелой степени. Средняя длительность лечения этих детей составила 63 койко-дня. Ведущей патологией у детей периода новорожденности и раннего возраста являются поражения ЦНС гипоксического генеза, внутриутробные инфекции и церебральные кровоизлияния. Анализ заболеваемости новорожденных в течение последних трех лет выявил прогрессивный устойчивый рост показателя общей заболеваемости, и рост заболеваемости по указанным выше нозологическим формам.

Поэтому одной из основных задач, стоящих перед органами здравоохранения Витебской области, является не только снижение заболеваемости, но и снижение показателя выхода на инвалидность.

Анализ структуры первичной инвалидности детей в РБ показал, что к заболеваниям, которые приводят в большинстве случаев к инвалидности у детей, относятся болезни нервной системы, уступая лишь наследственной и врожденной патологии. За 2011 год, по данным педиатрического отделения для недоношенных детей ВДОКБ, зарегистрировано 25 случаев асфиксии у доношенных новорожденных, из них 7- тяжелой степени. В результате 5 из них могут стать инвалидами по патологии ЦНС вследствие развития лейкоэнцефаломалиции и атрофии коры головного мозга, наружной и внутренней гидроцефалии. У недоношенных новорожденных зарегистрирован 121 случай асфиксии, причем 11 из них - тяжелой степени. Вследствие перенесенной асфиксии в родах, 21 ребенок из недоношенных также имеет высокий риск выхода на инвалидность по патологии ЦНС. Это дети с перивентрикулярной лейкомаляцией различной степени тяжести, внутренней гидроцефалией (декомпенсированные формы), ретинопатией различной степени тяжести.

Исходя из представленных фактов, закономерно возникает вопрос, как предупредить у новорожденных вероятность поражения ЦНС? Можно выделить три основных блока задач для решения этого вопроса. Первый блок связан с «предотвращением» преждевременных родов.

Выделяют группы риска по преждевременным родам: возраст менее 18 и более 38 лет, низкая масса тела роженицы, эндокринные нарушения, отягощённый акушерский анамнез (аборты, предыдущие преждевременные роды, ЭКО). В 40% случаев преждевременных родов отмечается выраженное присутствие неблагоприятных социальных факторов, действующих на беременных [3]. Таким образом, первый блок задач по профилактике преждевременных родов связана с отношением женщины и её близких к беременности (в том числе, планирование беременности, сознательное родительство), с организацией работы женских консультаций, а также зависит от государственной материальной, социальной и психологической помощи и поддержки беременных.

Второй блок задач, по которому можно повысить показатель здоровья недоношенных - это приём преждевременных родов без вреда для здоровья ребёнка. Следует отметить, что в большинстве развитых стран отдается предпочтение оперативному родоразрешению недоношенных. Не рекомендуется использование препаратов, применяемых для родостимуляции. Это приводит к срыву саморегуляции мозгового кровообращения у недоношенных. В результате – нарушение регуляции мозгового кровообращения и ишемически-гипоксические поражения головного мозга и (или) кровоизлияния.

Третий блок задач – как выходить недоношенного новорожденного с физиологической незрелостью без вреда для его жизни и здоровья. Решение задач третьей группы упирается в технологическую оснащённость реанимационных отделений, профессионализм и подготовленность медицинского персонала, современные методы диагностики и лечения [2].

Для лечения новорожденных с перинатальными повреждениями ЦНС в остром периоде нами изучена эффективность препаратов кортексин и глиатилин под контролем динамики индексов резистентности в бассейнах передней, средней мозговых артерий и скорости венозного оттока на примере вены Галена. Проведенные исследования подтвердили эффективность применения кортексина в дозе 0,5 мг/кг в сутки внутримышечно в течение 10 дней и глиатилина в дозе 40-70 мг/кг в сутки внутривенно в течение 9 дней в виде монотерапии или совместно с любыми средствами симптоматической и патогенетической терапии [1].

В настоящее время в Витебской области возникла необходимость создания отделения реабилитации детей с перинатальными поражениями ЦНС. Такие отделения созданы в различных регионах РБ и России. Весьма эффективным считается кондуктивная педагогика - метод профилактики инвалидности маловесных новорожденных из группы высокого неврологического риска в амбулаторных условиях.

Таким образом, рост заболеваемости и выхода на инвалидность среди новорожденных с церебральной патологией требуют системного подхода и организации службы перинатальной реабилитации. Возникла необходимость создания лечебно-диагностических стандартов на основе современных технологий по важнейшим разделам реанимации и интенсивной терапии, а также современная неврологическая реабилитация новорожденных.

Литература:

1. Баркун, Г. К. Принципы реабилитационной терапии перинатальных повреждений нервной системы у недоношенных детей / Г.К. Баркун, В.Е. Клишо, Клишо С.С. // Достижения фундаментальных исследований медицины и фармации: материалы 62 научной сессии университета. Витебск, 2007 г.

2. Казаков, Д. П. Социальная и экономическая эффективность неотложной неонатологии в крупном регионе (итоги работы за 10 лет) / Д.П.Казаков, Ф.Г. Мухаметшин // Интенсивная терапия.-№2.-2005.

3. Michael, J Increasing Prevalence of Cerebral Palsy Among Very Preterm Infants: A Population-Based Study / J. Michael, Vincer et al. // Pediatrics, December, 2006. – P. 1621-1626.

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ: К ВОПРОСУ О ТЕРМИНОЛОГИИ

Бедин П.Г.¹, Ляликов С.А.¹, Веренич А.В.²

*1 – УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра
клинической лабораторной диагностики и иммунологии*

2 – УЗ «Пинская ЦРБ»

Введение. Пищевая аллергия (ПА) является важной и потенциально опасной для жизни проблемой современного общества во всём мире [9,10,11,12]. Под ПА понимается развитие истинной аллергической реакции на чистый пищевой компонент (белок мяса, яйца, растения). Пищевой аллергией страдает около 2,5% населения, более 8% детей в возрасте до 3 лет и более 30% детей с экзематозным поражением кожи, от 29% до 50% всех регистрируемых случаев анафилаксии вызваны употреблением пищевых аллергенов [3]. Наибольшие затраты несут семьи, имеющие детей с пищевой аллергией (непереносимость белка коровьего молока) по сравнению с другими аллергическими заболеваниями [8]. В практическом здравоохранении сложилась традиция использовать термин «пищевая аллергия» как синоним реактивных реакций на приём пищи, что в корне не верно. Известно, что многие пищевые продукты в настоящее время многокомпонентны, содержат различные химические добавки, улучшающие по-