

анаэробов и лактозонегативных кишечных палочек у 36 (61,6%) детей. Проводимое лечение показало свою эффективность к 7-й неделе от начала коррекции. Возросло количество бифидо- и лактобактерий ($p < 0,05$), снизился титр клостридий и лактозонегативных эшерихий ($p < 0,001$). К 3-му месяцу сохранялась тенденция к увеличению количества бифидо- и лактобактерий ($p < 0,001$) и снижению титра клостридий и лактозонегативных эшерихий ($p < 0,001$). А к 6-му месяцу наблюдалась нормализация состава микрофлоры кишечника у всех пациентов.

Выводы:

1. Клинические и микробиологические признаки дисбиоза кишечника выявлены у всех детей в послеоперационном периоде.
2. Использованная схема коррекции дисбиоза позволила восстановить нормальный состав микрофлоры и устранить клинические проявления.

Список литературы:

1. Григорьев, П.Я. Лактулоза в терапии заболеваний органов пищеварения / П.Я. Григорьев, Я.П. Яковенко // Российский гастроэнтерологический журнал. – 2000. – № 2. – С. 71-78.
2. Коровина, Н.А. Лактазная недостаточность у детей / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, Н.Е. Малова // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – № 1 (4). – С. 57-61.
3. Новосад, В.В. Комплексное восстановительное лечение врожденной непроходимости верхних отделов пищеварительного тракта у детей: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.19 / В.В. Новосад. – Гродно, 2013. – 112 л.
4. Парфенов, А.И. Дисбактериоз кишечника: новые подходы к диагностике и лечению / А.И. Парфенов, Г.А. Осипов, П.О. Богомолов // Consilium medicum. – 2001. – № 3 (6). – С. 270-279.
5. Самсыгина, Г. Дисбактериоз. Диагноз устарел? Биоценоз желудочно-кишечного тракта новорожденного / Г. Самсыгина // 9 месяцев. – 2002. – № 3. – С. 15-18.

СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НОВОРОЖДЕННОГО

Онегин Е.В., Онегина О.Е.¹, Омельченко Н.Г.¹

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра неврологии и нейрохирургии, Гродно, Беларусь

¹УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»
неврологическое отделение, Гродно, Беларусь

Энцефалопатия новорожденного (ЭН) объединяет различные по этиологии или неуточненные по происхождению поражения головного мозга, возникающие в перинатальном периоде [1]. 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 [1, 2, 3, 4].

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 [1, 5]. Задачи медицинской реабилитации – максимально возможное восстановление функций (последствий на органном уровне); предупреждение осложнений и хронизации патологии, восстановление жизнедеятельности (последствий на организменном уровне) [5, 6].

Продолжительность пребывания в данных подразделениях больного варьирует от нескольких дней в отделении интенсивной терапии и реанимации роддома, до 1 месяца 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 месяцев, 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) [3].

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 [7].

Внедрение данной системы организации МР детей с перинатальными поражениями головного мозга, позволило за 6 лет (2008-2014 гг.) по Гродненской области получить стойкую тенденцию к снижению заболеваемости по ДЦП как по абсолютным, так и по относительным показателям с 574 (261,1) до 512 (250,4) у детей от 0 до 17 лет.

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 клиничко-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.

Список литературы:

1. Шанько, Г.Г. Инструкция по клинической диагностике энцефалопатии новорожденных и родовой черепно-мозговой травмы / Г.Г. Шанько, Г.А. Шишко, Е.А. Улезко. – Минск, 2004. – 13с.

2. Гиткина, Л.С. Клиничко-реабилитационные группы как основа дифференцированного подхода к оценке эффективности реабилитации / Л.С. Гиткина // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 1999. – № 1. – С. 25-31.

3. К концепции медицинской реабилитации / И.Б. Зеленкевич [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 1998. – № 1. – С. 21-28.

4. Проблемы детской неврологии: Международный рецензируемый сборник научных трудов, посвященный 75-летию БелМАПО и 25-летию кафедры детской неврологии / Под ред. Г.Я. Хулупа, Г.Г. Шанько. – Минск: Харвест, 2006. – 464 с.

5. Онегин, Е.В. Организация медицинской реабилитации детей с поражением нервной системы: методические рекомендации / Е.В. Онегин. – Гродно, 2003. – 13 с.

6. 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.

7. 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.

ТЕРАПИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ ДЕПАКИНОМ И ТОПАМАКСОМ

Онегин Е.В., Онегина О.Е.1, Вишнеревская О.Л.1

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра неврологии и нейрохирургии, Гродно, Беларусь

¹УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»
неврологическое отделение, Гродно, Беларусь

Фармакотерапия эпилепсии, особенно у детей, несмотря на значительные достижения в последние годы, еще далека от совершенства [1].

Цель исследования: объективизация максимальной терапевтической эффективности депакина и топамакса, не сопровождавшейся побочным эффектом у больных с различными типами генерализованных эпилептических припадков, на основе результатов клинико-электроэнцефалографического мониторинг исследования у детей и подростков, т.к. данные препараты относятся к оригинальным и имеют специальные детские лекарственные формы с замедленным высвобождением.

Материалы и методы. Работа была проведена на базе УЗ «ГОДКБ» г. Гродно. Депакином хроно и депакином хроносфера пролечено 58 пациентов и 18 - топамаксом с разными типами припадков при генерализованной эпилепсии поступивших в неврологическое отделение в плановом и экстренном порядке. Возраст больных варьировал от 5 месяцев до 17 лет. В исследование были включены пациенты с верифицированным диагнозом эпилепсии, установленной формой заболевания, регулярно принимавшие АЭП. Диагноз эпилепсии, ее формы и тип припадков устанавливался в соответствии с МКБ 10 и Международной классификации эпилептических приступов (МПЭЛ, 1981) [2].

Результаты и обсуждение. При лечении генерализованных эпилептических припадков вальпроат (49 пациентов, что составило 84,5%) был