

Литература:

1. Кулаков, В. И. Бесплодный брак / В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева // Гинекология. Национальное руководство. – Москва.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 890 с.
2. Глинкина, Ж. И. Диагностика и профилактика врожденных и наследственных заболеваний при вспомогательных репродуктивных технологиях : автореф. дис. ... д-ра биол. наук : 03.00.15. Ж. И. Глинкина М; Рос. ун-т дружбы народов. – Москва, 2008. – 33 с.
3. Назаренко, Т. А. ЭКО при гинекологических и эндокринных заболеваниях / Т. А. Назаренко. – Москва.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 7 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗВИВАЮЩЕГО УХОДА У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

¹Синица Л.Н., ²Козич А.А., ²Мякиш Ю.В.

¹УО «ГрГМУ», Гродно, Беларусь

²УЗ «ГОКПЦ», Гродно, Беларусь

В настоящее время в Республике Беларусь частота преждевременных родов составляет 4,0-5,0%, что соответствует показателям экономически развитых стран, и тенденции к дальнейшему снижению не наблюдается [1]. Такие факторы, как оптимизация оказания акушерской помощи, адекватное ведение респираторных проблем, улучшение контроля над инфекцией, привели к увеличению выживаемости недоношенных детей [1, 2]. Однако на современном этапе развития неонатологии целью является полноценное развитие этой группы пациентов.

Одним из важнейших показателей здоровья является гармоничное физическое и нервно-психическое развитие ребенка, которое зависит от воздействия как антенатальных, так и постнатальных факторов. Наиболее подвержена воздействию внешних факторов группа детей гестационного возраста менее 30 недель и массой тела ниже 1500,0 г (очень низкая масса тела – ОНМТ), в особенности менее 1000,0 г (экстремально низкая масса тела – ЭНМТ) [3].

Для выхаживания глубоко недоношенных детей используются только самые современные и высококачественные инкубаторы, аппараты искусственной вентиляции легких, сурфактантная терапия. Однако буквально с первых минут жизни наряду с реанимационной помощью начинает оказываться

комплекс мероприятий, направленных на медицинскую реабилитацию – развивающий уход, целью которого является минимизация рисков развития ретинопатии, тугоухости, задержки физического и нервно-психического развития, улучшение коммуникативных возможностей в будущем [2, 4].

Яркий свет, громкие сигналы тревоги мониторов, вибрация и шум работающего инкубатора, боль (например, при взятии анализа крови) могут негативно сказываться на развитии органов зрения и слуха, провоцировать церебральные кровоизлияния [4]. Поэтому инкубаторы сверху прикрываются защитными чехлами, при необходимости взять у малыша анализ крови проводится обезболивание, персонал соблюдает охранительный режим.

Дети выхаживаются в специальных «гнездах», помещенных внутрь инкубатора, тем самым сохраняется «эмбриональная» поза, которая создает у ребенка чувство покоя и защищенности, а также поддерживает физиологический тонус мышц. Не менее важен и тот факт, что ребенок для правильного развития нуждается в телесном контакте с родителями, он должен слышать голос матери, ощущать ее запах, чувствовать прикосновения рук. Успешно внедряется «метод кенгуру», техника выхаживания недоношенных детей, сутью которой является контакт ребенка кожа к коже с матерью [3, 5].

Подобные инновационные решения позволяют создавать в отделениях реанимации и интенсивной терапии для новорожденных оптимальные условия для улучшения прогноза по дальнейшему благоприятному развитию ребенка.

Цель исследования: по данным ретроспективного анализа медицинских карт стационарного пациента оценить состояние здоровья глубоко недоношенных детей при применении методики раннего развивающего ухода.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились медицинские карты стационарного пациента 150 недоношенных детей, находившихся на лечении в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» и в дальнейшем выхаживавшихся в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2007 по 2016 годы. Возраст детей составлял от 1 месяца до 1 года. Для решения поставленных задач все пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу (1) составил 91 недоношенный ребенок

(52 мальчика и 39 девочек), у которых применялась методика развивающего ухода. В группу 2 (группа сравнения) включено 59 недоношенных детей (33 мальчика и 26 девочек), у которых не использовались принципы раннего развивающего ухода. Необходимо отметить, что дети первой группы рождены в 2009-2016 годах, дети 2-й группы – в 2007-2009 гг. Данный факт связан с активным внедрением методики раннего развивающего ухода в нашем перинатальном центре, однако техническое и медикаментозное обеспечение не претерпело существенных изменений.

Критерием невключения в исследование являлись сопутствующие врожденные заболевания и пороки развития, способные оказать существенное влияние на темпы выхаживания недоношенных детей.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных программ «Statistica-10.0», «Microsoft Excel-2010».

Результаты. При анализе гестационного возраста в 1-й группе: в сроке 28 нед. и менее родилось 60,6% детей, 29-31 нед. – 33,1%, более 32 нед. – 6,3%. Вторая группа была сопоставима по гестационному возрасту с основной группой: 28 нед. и менее – 33,3%, 29–31 нед. – 56,75%, более 32 нед. – 6,7%.

При анализе массы тела при рождении установлено, что в 1-й группе с массой тела равной 1000,0 г и менее родилось 54,5% детей, с массой более 1000,0 г – 45,5%. В группе сравнения дети с ЭНМТ составили 45,7%, более 1000,0 г – 54,3%.

На следующем этапе нами оценено физическое развитие детей при рождении и по окончании стационарного этапа выхаживания. При рождении в 1-й группе 73,6% новорожденных соответствовали сроку гестации, 19,8% были малыми и маловесными, 6,6% – крупными к сроку гестации. Во 2-й группе 71% детей имели физическое развитие, соответствующее сроку гестации, 18% имели дефицит веса при рождении и 11% были крупными к сроку гестации. Средняя масса детей при рождении в 1-й группе составила 985,0 г, во 2-й группе – 1005,0 г.

Продолжительность стационарного этапа выхаживания составила 62 и 78 дней соответственно в 1 и 2 группах, при этом показатели физического развития у них были схожими: средняя масса тела составила 2220,0 г в 1-й группе и 2550,0 г во 2-й группе.

Однако на свой постконцептуальный возраст физическое развитие в исследуемых группах различилось. При оценке массы тела дети из 1-й группы распределились по центильным коридорам следующим образом: 10-90 центили – 85,7% детей, меньше 10 центили – 12,1%, выше 90 центили – 2,2%. Во 2-й группе: 10-90 центили – 64,4%, меньше 10 центили – 35,6%.

В раннем неонатальном периоде неврологическая симптоматика отмечалась в виде синдрома угнетения ЦНС у 22 (24,2%) детей основной группы и 40 (67,8%) младенцев группы сравнения ($p < 0,05$), в меньшей степени имел место синдром возбуждения: в 3 (3,3%) случаях и в 8 (13,6%) соответственно. Тяжесть состояния детей усугублялась геморрагическим поражением ЦНС в форме внутрижелудочкового кровоизлияния, в том числе 3-4 степени, в 1 группе у 5 детей (5,5%) и у 7 детей группы сравнения (11,9%).

К моменту выписки из стационара ряд детей имели тяжелое поражение нервной системы: гипертензионно-гидроцефальный синдром, перивентрикулярная лейкомаляция, судорожный синдром. Указанные нозологические формы диагностированы у 22% детей 1 группы и у 45,8% пациентов группы сравнения.

Выводы.

1. Таким образом, в группе недоношенных новорожденных, выхаживавшихся с применением методики раннего развивающего ухода, темпы физического развития были достоверно выше, развитие гармоничнее, что привело к более ранней выписке из стационара.

2. Тяжелое поражение нервной системы у недоношенных детей при внедрении современных технологий реабилитации регистрировалось в 2 раза реже, чем у детей, получавших стандартное лечение.

Литература:

1. Вильчук К.У. Роль РНПЦ «Мать и дитя» в организации разноуровневой системы оказания перинатальной помощи в Республике Беларусь / К.У.Вильчук // Современные перинатальные технологии в решении проблем демографической безопасности. Современные технологии диагностики и лечения патологии плода: сб. науч. тр. и материалов междунар. науч. симп. и науч.-практ. конф. – Минск, 2010. – С. 10-20.

2. Неонатология – национальное руководство / под ред. академика РАМН проф. Н.Н.Володина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 749 с.

3. Методическое письмо «Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении» / А.Г. Антонов [и др.]; под ред. Е.Н. Байбариной, Д.И. Дегтярева. – М., 2011. – 72 с.

4. Пальчик А.Б. Неврология недоношенных детей / А.Б. Пальчик, Л.А. Федорова, А.Е. Понятишин. – М.: Медпресс-информ, 2010. – С. 173-184.

5. Trends in cerebral palsy among infants of very low birthweight (<1500 g) or born prematurely (<32 weeks) in 16 European centres: a data base study / M.J. Platt [et al.] // Lancet. – 2007. – Vol. 369. – P. 43-50.

КОРРЕЛЯЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В САНАТОРИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КРИОТЕРАПИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Табунов С.Н., Прадед А.Г., Апальков С.Н.

ГУ «Санаторий «Лесное» КГБ Республики Беларусь,
Докшинский р-н, Витебская обл., Беларусь

Важнейшей социальной задачей сегодня является оздоровление населения, усиление мер первичной и вторичной профилактики. При этом следует учитывать, что примерно половина факторов, определявших состояние здоровья современного человека, относится к образу жизни.

Современные люди стали вести менее подвижный образ жизни, употреблять большее количество пищи и иметь больше свободного времени. При этом скорость жизни существенно возросла, что увеличило количество стрессовых факторов. Все это приводит к росту заболеваемости. Особую озабоченность вызывают заболевания сердечнососудистой системы.

Наряду с созданием многочисленных профилактических программ, передовыми разработками фармакологов, достижениями хирургии в лечении сердечнососудистых заболеваний используются преформированные лечебные факторы. Одним из методов физиотерапии является общая криотерапия, заключающаяся в воздействии хладагентами для отведения тепла от всей поверхности тела человека в той мере, чтобы температура тканей снижалась в пределах их криоустойчивости. Метод может использоваться как для профилактики заболеваний сердечнососудистой системы, так и с лечебной целью посредством стимулирования периферических сосудов. При этом улучшается венозный отток, снижается нагрузка на сердечную мышцу, усиливается проникновение кислорода во всех тканях.

Однако одним из побочных действий общей криотерапии