

10. Возможность самостоятельного сидения (без опоры).
11. Уменьшение проявлений кифоза.
12. Уменьшение проявлений сколиоза.
13. Улучшение подвижности языка.
14. Улучшение сопротивляемости стоп.
15. Уменьшение перекреста ног.

Результаты. В 1-й группе положительные изменения в двигательной сфере ребенка отмечались уже на первых 2–3 сеансах, а курс 15–20 сеансов позволяет снизить патологический мышечный тонус, научить контролировать целенаправленные движения, увеличить амплитуду активных движений в суставах, сформировать двигательные навыки. Статистическая достоверность разницы результатов между основной и контрольной группами — $p \leq 0,05$.

Выводы. Одновременное применение пассивно-активной лечебной физкультуры, системы массажа и скальпунктуры как патогенетически обоснованной нейрореабилитационной методики позволяет уменьшить число детей с формированием вторичных ортопедических осложнений. За время внедрения МИКС не было осложнений и побочных явлений.

Предлагаемая работа одобрена заседанием Комитета по этике Национальной медицинской академии последипломного образования (протокол заседания КЭ № 6 (30) от 04.06.2007).

УДК 616.12-008.331.1+616.13.0022

БАТМАН Ю.А., СТРЮКОВСКАЯ Е.А.
Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького

ПЕРВЫЕ ИТОГИ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Эффективность выхаживания новорожденных детей с критически низкой массой тела является одним из главных показателей качества современной перинатальной медицинской помощи, которые влияют на общий уровень смертности среди новорожденных в регионе или стране. Но, к сожалению, с развитием технологий выхаживания и респираторной терапии недоношенных детей отмечается рост частоты перинатальной патологии центральной нервной системы (ПП ЦНС) одновременно со снижением смертности среди детей с массой менее 1000,0 г и гестационным возрастом менее 30 недель (Parker R.A. et al., 2010). Но частота развития ПП ЦНС вариабельна и зависит от гестационного возраста и массы тела ребенка при рождении. Чем меньше гестационный возраст и вес при рождении, тем чаще у таких детей развивается ПП ЦНС.

Согласно приказу № 179 «Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвнародженості,

Порядку реєстрації живонароджених і мертвнароджених» МЗ України от 29.03.2006 и в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения с 01.01.2007 года Украина перешла на новые мировые критерии регистрации перинатального периода: преждевременные роды регистрируются с полных 22 недель беременности и новорожденный ребенок с 500,0 г массы тела при рождении.

Перинатальное поражение центральной нервной системы, занимающее лидирующее положение в структуре заболеваемости и детской смертности, является наиболее частой причиной ранней инвалидизации детей, в связи с чем эта проблема выходит за рамки медико-биологической и приобретает социальное значение.

Цель. Провести анализ заболеваемости и смертности новорожденных в перинатальном центре с ПП ЦНС.

Результаты и их обсуждение. За последние 5 лет в центре родилось и пролечено 353 ребенка с церебральной ишемией, из них 263 недоношенных, в т.ч. с лейкомаляцией — 48 (38 недоношенных), с геморрагическим поражением — 289 (239 недоношенных).

В категории новорожденных с массой тела менее 1000,0 г отмечается повышение показателя выживаемости до 40 %; в категории 1000–1500 г — до 78 %. Выживаемость новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) в первые 168 часов жизни составляет 78,6 %, в категории 1500–2000 г — 97,8 %.

В структуре младенческой смертности ведущее место занимают внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) (33,9 %) — все среди недоношенных. Инфекции, специфичные для перинатального периода (32,3 %), — на втором месте, на третьем (19,2 %) — смерти от заболеваний, при которых ведущим является синдром дыхательных расстройств, из них: пневмопатии — 2; врожденные пневмонии — 3; легочное кровотечение — 3; синдром аспирации — 2; фиброзирующий альвеолит — 1; бронхолегочная дисплазия — 1. Церебральная лейкомаляция стала причиной смерти в 4 случаях (6,4 %).

На первом месте в структуре ранней неонатальной смертности — ВЖК, достигают 38,5 % всех случаев недоношенных детей с ЭНМТ.

В структуре неонатальной смертности недоношенных детей ведущее место также заняли ВЖК (41,2 %), в основном за счет новорожденных с экстремально низкой массой тела. Инфекции, специфичные для перинатального периода (37,3 %), — на втором месте, на третьем — легочные кровотечения (3 случая), пневмопатия (2 случая).

У новорожденных с массой тела менее 1000,0 г в 100 % случаев тяжесть состояния обусловлена синдромом дыхательных расстройств, перинатальным поражением ЦНС на фоне незрелости крайней степени. У 47 % новорожденных этой весовой категории разви-

вались внутрижелудочковые кровоизлияния, которые стали причиной смерти. У 37,5 % детей тяжесть состояния была обусловлена реализацией внутриутробного инфекционного процесса с развитием полиорганной недостаточности.

В целях адаптации развития интенсивных технологий был принят ряд методов. За 2013 год проведено 41 760 часов инвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), что на 46 % больше, чем в 2012 году (28 575 часов), в основном за счет длительного проведения ИВЛ глубоко недоношенным детям.

В 2013 году в 32 случаях была использована технология INSURE (интубация → сурфактант → экстубация). В 21 из них в дальнейшем детям не потребовалась инвазивная ИВЛ. Данная технология стала применяться значительно чаще, учитывая наличие 4 систем СРАР-терапии, в том числе для неинвазивной ИВЛ. В плане респираторной терапии на разных этапах оказания помощи 95 детям проводилась неинвазивная ИВЛ системой СРАР InfantFlow; 12 новорожденным проводилась респираторная терапия в режиме ВЧО ИВЛ осциллятором SensorMedics 3100А.

В 2008 году в Донецком региональном центре охраны материнства и детства разработан и внедрен протокол сурфактантной терапии. В отчетном году данный протокол отредактирован соответственно современным международным рекомендациям. Согласно этому протоколу, в 2013 году сурфактантную терапию препаратами курсурф, сурванта получил 151 ребенок. Было израсходовано 166 флаконов. Выживаемость среди детей, получивших сурфактантную терапию, составила 64 %.

В комплексном лечении новорожденных с гипоксически-ишемическими повреждениями в 2013 году 11 детям проводилась лечебная краниоцеребральная гипотермия системой COOLCAP; катетеризация центральных вен, пупочной вены — 65; подключичной вены — 3, глубоких венозных линий — 144, периферических вен — 1500.

За 2013 год 163 (!) новорожденным для проведения ИВЛ производилась интубация трахеи (189 — в 2012 г.), что подтверждает тяжесть неонатальной патологии и степень реанимационной нагрузки.

Таким образом, интенсивное внедрение новых перинатальных технологий в последние годы изменило структуру заболеваемости и смертности среди новорожденных всех весовых категорий. Повышение выживаемости среди различных групп новорожденных, как показывает статья, привело к увеличению инвалидизации, особенно у детей с патологией центральной нервной системы. Улучшение качества и преемственность перинатальной помощи на всех этапах с другими медико-социальными факторами — резерв в снижении заболеваемости, смертности и инвалидизации подрастающего поколения Украины.

УДК 614.254.1:612.8(09)(477.62-25)

БОГУСЛАВСКАЯ Е.Н., ОМЕЛЬЯНЕНКО А.А.,
ЕВТУШЕНКО С.К.

Областная детская клиническая больница,
г. Донецк

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького

ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ г. ДОНЕЦКА

Кабинет нейрофизиологических обследований был открыт на базе ОДКБ в 1989 году. С 01.07.2007 работает в составе диагностического отделения на базе поликлиники ОДКБ. Осуществляет диагностическую помощь детям из городов, сел и районов Донецкой области. В кабинете проводятся компьютерная электроэнцефалография (КЭЭГ) и эхоэнцефалография (ЭхоЭГ).

Обследуются дети в возрасте от 5 дней (находящиеся на лечении в неонатологическом отделении) и до 18 лет, находящиеся на лечении в других отделениях ОДКБ и с амбулаторного приема. В среднем за год проводится 1800–2300 обследований, из них КЭЭГ — 1500–1800, а ЭхоЭГ — 250–350 обследований в год.

Показанием к обследованию являются такие диагнозы: эпилепсия — 528 детей в 2013 г. (235 — в 2003 г.); эпилептический синдром — 245 (452 — в 2003 г.); ВСД + синкопальные состояния — 112 (364), аффективные приступы — 48 (109), синдром ликворно-сосудистой дисфункции — 74 (22), фебрильнопровоцируемые приступы — 57 (127), цефалгии — 143 (259), гиперкинетический синдром — 85 (172), нарушение сна, сноговорение — 76 (21), синдром гипервозбудимости — 46 (56), аномалии развития головного мозга — 120 (0), рассеянный склероз — 2 (0), ЦП — 56 (42), ЧМТ, последствия — 32 (29), энурез — 23 (13); F-диагнозы — 368 (27), ВИЧ-инфицированные — 12 (0), последствия гипоксического поражения ЦНС — 48 (83), опухоли мозга, инсульты — 5 (0), прочие — 61.

Анализируя обращаемость в 2013 и 2003 гг. по нозологическим единицам, можно отметить отсутствие ранее таких диагнозов, как аномалия развития головного мозга, ВИЧ, рассеянный склероз и инсульты у детей. Отмечено увеличение случаев эпилепсии (сюда включены все формы эпилепсии) с 235 до 528, это объясняется выявлением новых форм эпилепсии, которые раньше попадали в другую группу заболеваний (гиперкинезы, синкопе, нарушение сна и сноговорение, фебрильно-провоцируемые приступы). На продуктивность работы влияет тесное взаимодействие неврологов и нейрофизиологов, поэтому на базе неврологического