

4. Клинико-морфологическая характеристика воспаления дыхательных путей при бронхиальной астме и его биологические маркеры/ А.В. Ляпунов [и др.] // Педиатрия. – 2003. – № 6. – С.1-5.
5. Лещенко И.В. Место и значение способа доставки ингаляционных глюкокортикостероидов в терапии больных бронхиальной астмой/ И.В. Лещенко// Consilium medicum. – 2008. – Т.10. – №3. – С.76-79.
6. Полянская М.А. Спирометрия в оценке нарушений функции дыхательной системы/ М.А. Полянская// Здоровье Украины. – 2008. – №3/1. – С. 48-49.
7. Стручков, П.В. Стандарты выполнения и оценки результатов исследования функции внешнего дыхания (на основе рекомендаций Европейского респираторного общества и Американского торакального общества)/ П.В. Стручков, З.В. Воробьева// Eur Respir J. – 2005. – Vol. 26. – Suppl. 2. – P. 319-968.

УДК 616-053.32-08-039.35

© У.Р. Хамадянов, В.Р. Амирова, Э.М. Камалов,

А.У. Хамадянова, А.А. Грешилов, С.У. Хамадянова, А.И. Галимов, 2014

У.Р. Хамадянов¹, В.Р. Амирова¹, Э.М. Камалов²,
А.У. Хамадянова¹, А.А. Грешилов², С.У. Хамадянова¹, А.И. Галимов¹
**ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ВЫХАЖИВАНИЯ
НОВОРОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ
МАССОЙ ТЕЛА В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА Г. УФЫ**

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²МБУЗ «Клинический родильный дом № 4», г. Уфа

Целью исследования явились внедрение и оценка эффективности современной системы оказания первичной реанимационной помощи и интенсивной терапии недоношенным детям. Нами проведены комплексное обследование, реанимация и интенсивное лечение 236 недоношенных новорожденных, в том числе 141 – с очень низкой (ОНМТ) и 95 – с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении в условиях Перинатального центра (Клинический родильный дом № 4) г. Уфы за 2012 – 2013 гг. Указанная система включает диагностические, реанимационные и лечебно-профилактические технологии: антенатальная профилактика РДС, «продленное раздувание легких», ранний СРАР/РЕЕР, неинвазивное введение сурфактанта детям с ЭНМТ и ОНМТ в условиях родильного зала и отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН). ИВЛ проводилась по показаниям с учетом современных требований к респираторной терапии. При выявлении функционирующего открытого артериального протока (ОАП) под контролем эхокардиографии применялся ибупрофен для внутривенного введения, эффективность которого составила более 70%. Внедренная система позволила повысить выживаемость новорожденных с ЭНМТ в весовой категории 500-749 г до 50%, в весовой категории 750-999 г – до 65-70%, с ОНМТ – до 85-90%.

Ключевые слова: глуконедоношенные дети, сурфактант, современные неонатальные технологии.

U.R. Khamadyanov, V.R. Amirova, E.M. Kamalov,
A.U. Khamadyanova, A.A. Greshilov, S.U. Khamadyanova, A.I. Galimov
**IMPLEMENTATION OF MODERN TECHNOLOGIES OF NURSING NEWBORNS
WITH VERY LOW AND EXTREMELY LOW BIRTH WEIGHT
IN PERINATAL CENTER OF UFA**

The aim of the study was the development and evaluation of the effectiveness of the system of primary resuscitation and intensive care for premature children. We have carried out a comprehensive survey, resuscitation and intensive treatment of 236 preterm infants, including 141 – very low (VLBW) and 95 – with extremely low birth weight (ELBW) in Perinatal Center (Clinical maternity hospital №4) Ufa for 2012-2013 years. The developed algorithm includes diagnostic, resuscitation, therapeutic and preventive technologies: antenatal prevention of RDS, "sustained lung inflation", early CPAP / PEEP, non-invasive administration of surfactant to children with VLBW and ELBW in a delivery room and resuscitation and intensive care unit. ALV was conducted by indications in accordance with modern requirements for respiratory therapy. If functioning of PDA was revealed, ibuprofen was injected intravenously under echocardiography control, the effectiveness of that was more than 90%. The developed system has improved the survival rate of ELBW infants with a weight category 500-749 g – up to 50% in the weight category 750-999 g – up to 65-70% among children with VLBW – up to 85-90%.

Key words: extremely premature children, surfactant, modern neonatal technology.

В России, как и во многих странах мира, регистрируется неуклонный рост частоты невынашивания беременности и рождения недоношенных детей. По своей медико-социальной значимости преждевременные роды являются одной из самых актуальных проблем современного здравоохранения. Согласно классификации ВОЗ, преждевременными считаются роды, наступившие в сроки беременности с 22 до 37 полных недель с массой тела плода 500-2500 г, включая экстре-

мально низкую – ЭНМТ (500-999 г) и очень низкую – ОНМТ (1000-1500 г) массу тела. На долю недоношенных детей приходится до 70% ранней неонатальной смертности и 65-75% детской смертности. Мертворождаемость при преждевременных родах наблюдается в 8-13 раз чаще, чем при своевременных [4].

В настоящее время частота преждевременных родов в развитых странах составляет 6-12% и имеет тенденцию к росту, что обусловлено увеличением числа многоплодных

беременностей в результате ЭКО и других методов стимуляции овуляции, широким распространением генитальных инфекций, вредных привычек среди населения и др. Этиология рождения недоношенных детей остается неизвестной. Эффективность предотвращения преждевременных родов невелика, несмотря на большое число научных исследований в этой области [3,5,6,7,8].

В последние годы актуальность выхаживания недоношенных детей, особенно с экстремально низкой массой тела, резко возросла в связи с введением в Российской Федерации международных критериев живорожденности, рекомендуемых ВОЗ [3].

Перед субъектами РФ поставлена ответственная задача сохранения жизни и здоровья новорожденных, родившихся при сроке гестации 22-32 недели. В связи с этим обеспечение глубоконедоношенных детей высококвалифицированной медицинской помощью, оптимизация методов их выхаживания и лечения входят в число наиболее важных медицинских проблем [1,2].

Целью настоящего исследования являлись внедрение системы оказания квалифицированной медицинской помощи недоношенным детям с момента рождения и оценка ее результатов в условиях перинатального центра (Клинический родильный дом № 4) г. Уфы.

Материал и методы

В исследование были включены 236 недоношенных детей, среди которых 141 ребенок с очень низкой и 95 детей с экстремально низкой массой тела, родившихся в Перинатальном центре г. Уфы за период 2012-2013 гг. и получавших реанимационную и интенсивную помощь с момента рождения до стабилизации состояния.

Результаты и обсуждение

Нами проведены комплексное обследование, реанимация и лечение недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Известно, что выживаемость недоношенных детей зависит от гестационного возраста и массы тела при рождении, хотя срок гестации не всегда коррелирует с морфофункциональной зрелостью плода.

В 2012 году в Перинатальном центре родились 7347 детей, в 2013 году – 7252 ребенка. Удельный вес новорожденных с ЭНМТ (<1000 г) в 2013 году (0,73%) увеличился в 1,3 раза по сравнению с 2012 годом (0,57%), с ОНМТ (1000-1499 г) – имел тенденцию к снижению с 1,1 до 0,83%. Распределение глубоконедоношенных детей по массе тела представлено в табл.1.

Таблица 1
Распределение глубоконедоношенных новорожденных по массе тела

Год	Количество новорожденных с массой		
	500-749 г	750-999 г	1000-1499 г
2012	6	36	81
2013	8	45	60

Алгоритм реанимационных и лечебно-профилактических мероприятий включал: антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома (РДС) при угрозе преждевременных родов; «продленное раздувание легких»; ранняя респираторная поддержка с использованием метода спонтанного дыхания под положительным давлением (Continuous Positive Airway Pressure – CPAP); заместительная сурфактантная терапия; сердечно-сосудистая поддержка.

У недоношенных, родившихся до завершения 28-й недели беременности, использовали дополнительные меры: после пересечения пуповины и наложения зажима на пуповинный остаток ребенка заворачивали в прозрачный пакет с прорезью для головы или пленку пищевого класса и помещали в транспортный кувез. Непрерывный мониторинг температуры тела проводили начиная с родильного зала и до поступления в ОРИТН. В работу Перинатального центра успешно внедрена тактика «продленного раздувания легких», раннего CPAP/PEEP, неинвазивного введения сурфактанта детям с ЭНМТ в условиях родильного зала.

Методика CPAP с профилактической целью применялась с первых минут жизни у недоношенных при наличии регулярного спонтанного дыхания, в том числе стонущего, с втягиванием уступчивых мест, ЧСС более 100 ударов в минуту. Для проведения CPAP использовали биназальные канюли, назальные или лицевые маски с параметрами вентиляции PEEP+5 см H₂O (PEEP – Positive end expiration pressure), то есть с созданием остаточного давления в конце вдоха.

При отсутствии дыхания, нерегулярном дыхании и/или брадикардии менее 100 ударов в минуту после 30 секунд начальных мероприятий недоношенным проводилась масочная ИВЛ. В случае повышения ЧСС более 100 ударов в минуту и появления спонтанного регулярного дыхания приступали к назальному или масочному CPAP. Если при повышении ЧСС более 100 ударов в минуту в течение 5-10 минут дыхание не восстанавливалось, то это считалось показанием к интубации трахеи.

Профилактическое и раннее терапевтическое введение сурфактанта применяли следующим контингентам детей: все недоношен-

ные, родившиеся ранее 27 недель беременности; родившиеся на 27-28-й неделях беременности при отсутствии антенатальной профилактики РДС; родившиеся на 27-28-й неделях гестации, которым проведена интубация в родильном зале; родившиеся на 30-31-й неделях гестации, которым потребовалась интубация и перевод на ИВЛ в связи с тяжелыми дыхательными нарушениями. Для получения эффекта требуется введение 100-200 мг/кг сурфактанта.

Транспортировка глубоконедоношенных новорожденных, обернутых в пленку, из родильного зала проводилась в транспортной системе Aviator с респираторной поддержкой. Оснащение отделения реанимации и интенсивной терапии высококласной дыхательной аппаратурой позволяло проводить ИВЛ с учетом современных концепций респираторной терапии: традиционная, неинвазивная, высокочастотная.

Вскармливание новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ проводилось в соответствии с созданными в Перинатальном центре протоколами энтерального и парентерального питания, разработанными на основе соответствующих российских протоколов и предусматривающими принципы грудного вскармливания, обеспечение «минимального» энтерального (трофического) и парентерального питания с «форсированной дотацией нутриентов», использование обогатителей грудного молока и специализированных смесей для недоношенных новорожденных.

Одно из заболеваний, усугубляющих тяжесть состояния глубоко недоношенных детей, является функционирование открытого артериального протока (ОАП). Для медикаментозного закрытия ОАП под контролем эхокардиографии использовали ибупрофен для внутри-

венного введения. Медикаментозная терапия гемодинамически значимого ОАП показала высокую эффективность (более 70%).

В целях ранней диагностики характера и тяжести нарушений центральной нервной системы широко применяли УЗИ и доплерографическое исследование сосудов головного мозга, амплитудно-интегрированную электроэнцефалографию.

Применение разработанной системы оказания квалифицированной медицинской помощи детям с ЭНМТ и ОНМТ дало следующие результаты: в весовой категории 500-749г выживаемость составила 50%, в весовой категории 750-999г – 65-70%. В целом использование современных неонатальных технологий позволило повысить выживаемость новорожденных с ЭНМТ по сравнению с предыдущими годами в 1,5 раза. Выживаемость новорожденных с ОНМТ в 2013 году составила 85-90%.

Выводы

1. Внедрение современной системы оказания помощи глубоконедоношенным детям с включением антенатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома, ранней респираторной поддержки с использованием спонтанного дыхания под положительным давлением, профилактического и раннего терапевтического введения сурфактанта позволяет эффективно стабилизировать клиническое состояние новорожденных.
2. В результате внедрения в практику алгоритма реанимационных и лечебно-профилактических мероприятий выживаемость недоношенных детей с очень низкой массой тела повысилась до 85-90% и с экстремально низкой массой тела – до 65-70%.

Сведения об авторах статьи:

Хамадянов Ульфат Рахмьянович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 1 ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347) 255-56-35. E-mail: Akgin1@rambler.ru.

Амирова Виктория Радековна – д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, зам. главного врача Клинического родильного дома № 4 по неонатологии. Адрес: 450106, г. Уфа, ул. Батырская, 41. Тел./факс: 8(347) 255-07-03. E-mail: roddom4@mail.ru.

Камалов Эрнст Маснаевич – к.м.н., главный врач Клинического родильного дома № 4. Адрес: 450106, г. Уфа, ул. Батырская, 41. Тел./факс: 8(347) 255-07-03. E-mail: roddom4@mail.ru.

Хамадянова Аида Ульфатовна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347) 255-56-35. E-mail: akgin1@rambler.ru.

Грешилов Арсентий Арсентьевич – к.м.н., зав. ОРИТН Клинического родильного дома № 4. Адрес: 450106, г. Уфа, ул. Батырская, 41. Тел./факс: 8(347) 255-07-03. E-mail: roddom4@mail.ru.

Хамадянова Светлана Ульфатовна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347) 255-56-35. E-mail: akgin1@rambler.ru.

Галимов Артур Ильдарович – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347) 255-56-35. E-mail: akgin1@rambler.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмадеева, Э.Н. Современные взгляды на гуманизацию медицинского обеспечения новорожденных /Э.Н. Ахмадеева, Ф.М. Латыпова, А.М. Микунов// Практическая медицина. – 2011.- № 5(53). – С.38-42.

2. Ахмадеева, Э.Н. Влияние неонатальной реанимации на соматический статус и психомоторное развитие недоношенных детей, перенесших критические состояния / Э.Н. Ахмадеева, А.Я. Валиулина, Н.Н. Кривкина // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т.6, вып.1. – С.12-16.
3. Переход Российской Федерации на международные критерии регистрации рождения детей: взгляд организатора здравоохранения / Е.Н. Байбарина [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 6. – С. 4-8.
4. Сидельникова, Т.А. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок / В.М. Сидельникова, А.Г. Антонов. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 447 с.
5. Borghesi, A. Circulation Endothelial Progenitor Cells in Preterm infants with Bronchopulmonary Dysplasia / A. Borghesi, M. Massa, R. Campanelli // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2009. – Vol. 2. – P. 77-83.
6. Brain development of preterm neonate after neonatal hydrocortisone treatment for chronic lung disease / M.J. Benders [et al.] // Pediatr Res. – 2009. – Vol. 66, №5. – P. 9-555.
7. For Europop. History of it included abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: results of the Europop=survey / P.Y. Ancel [et al.] // Hum/ Reprod. – 2004. – Vol. 19. – P. 740-743.
8. Socioeconomic inequalities in very preterm birth rates / L.K. Smith [et al.] // Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal ED. – 2007. – Vol. 92. – P. 11-14.

УДК 616.314-089.23-05:616.314-76:616.314.11

© А.И. Булгакова, И.Р. Шафеев, Р.М. Галеев, 2014

А.И. Булгакова¹, И.Р. Шафеев², Р.М. Галеев³
**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ
 ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И ЗУБНЫХ РЯДОВ
 С РАЗЛИЧНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ**

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²МБУЗ «Стоматологическая поликлиника №4» г. Уфа

³МБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» г. Уфа

Современная стоматология предлагает большое количество несъемных и съемных ортопедических конструкций, используемых при лечении частичного и полного отсутствия зубов. В статье приведены результаты исследования пациентов ортопедического профиля, обратившихся в городские поликлиники г. Уфы в период с 2011 по 2014 гг. Был проведен ретроспективный анализ медицинских амбулаторных карт пациентов в возрасте от 30 до 86 лет. Ортопедическое лечение несъемными конструкциями получили 40,6% пациентов, съемными конструкциями – 37,6%, комбинированными – 21,8%. С несъемными эстетическими ортопедическими конструкциями наибольшее число составили пациенты с дефектами твердых тканей зубов и полным разрушением коронковой части зуба – 32%. Использование металлокерамики составило 83%, цельнокерамических конструкций – 12%, керамики на каркасе из оксида циркония – 5%. Ортопедическое лечение съемными протезами получили 1823 человека. Из них 72% пациентов были изготовлены акриловые съемные протезы, 28% – конструкции из термопластов.

Ключевые слова: дефекты зубных рядов, дефекты твердых тканей зубов, сопутствующие заболевания, несъемные эстетические ортопедические конструкции, акриловая пластмасса, термопласт.

A.I. Bulgakova, I.R. Shafeev, R.M. Galeev
**CLINICAL CHARACTERISTICS OF ORTHOPEDIC PATIENTS
 WITH DEFECTS OF DENTITION AND HARD DENTAL TISSUES**

Modern dentistry offers a large number of fixed and removable prosthetic structures used in the treatment of partial and total absence of teeth. The article presents the results of a study of orthopedic patients who applied to the city clinics of Ufa between 2011 and 2014. A retrospective analysis of medical patient's cards of people aged from 30 to 86 has been carried out. Orthopedic treatment with fixed structures received 40.6% of the patients, removable constructions - 37.6% of patients, combined ones - 21.8%. Among patients with fixed esthetic prosthetic constructions the largest number were patients with defects of hard dental tissues and total destruction of the tooth crown - 32%. As a result of treatment ceramic metal use made 83%, ceramic designs - 12%, ceramic zirconium oxide - 5%. Orthopedic treatment with dentures received 1823 person. Of these, 72% of patients received acrylic dentures, 28% - thermoplastic constructions.

Key words: dental defects, the defects of hard dental tissues, comorbidities, fixed esthetic prosthetic constructions, acrylic plastic, thermoplastic.

Ортопедическая стоматологическая помощь занимает важное место в специализированной медицинской помощи населению. Нуждаемость в зубопротезировании составляет от 35 до 55% взрослого населения [4,6]. У пациентов при потере зубов в первую очередь нарушается жевательная функция, что ведет к нарушению питания, развитию общесоматических заболеваний, нарушению речи и дыхания, к эстетической неудовлетворенности [7,8]. Современ-

ная стоматология предлагает большое количество несъемных и съемных ортопедических конструкций, используемых при лечении частичного и полного отсутствия зубов, и позволяет достичь высоких функциональных и эстетических результатов [1,2,3,5]. Однако недостаточно изучено влияние различных конструктивных материалов, используемых в протезировании, на состояние полости рта и общее состояние организма. Этим обуславливается актуаль-