



Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребенка» в Ярославле



Выступая на пленарной части научно-практической конференции, ректор ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрава» **профессор А. В. Павлов** отметил, что «сегодня мы должны заботиться о здоровье матери и ребен-

ка на стадии рождения. От этого зависит здоровье детей и нации в будущем, и именно в этом состоит основа улучшения демографической ситуации в России. В 2009 году в России родился 1 млн 764 тыс. детей, что на 50,2 тыс. детей больше, чем в 2008 году.

Коэффициент рождаемости (на 1000 человек населения) составил 12,4 по сравнению с 12,1 в 2008 году. Доля вторых и третьих рождений увеличилась с 44,2% в 2008 году до 45,3% в 2009 году. Суммарный коэффициент рождаемости (число детей, рожденных в среднем одной женщиной) составил 1,56 (в 2008 году – 1,49). Более высокий уровень рождаемости в России регистрировался только до 1992 года. Однако здоровье новорожденных оставляет желать лучшего. Статистика свидетельствует: на одного родившегося ребенка в среднем приходится 1,5–2 заболевания.

Своевременная диагностика врожденного вывиха бедра – важная социальная проблема

Вопросу ранней диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей грудного возраста был посвящен доклад **д. м. н., профессора, заведующего кафе-**

дрой неврологии детского возраста РМАПО В. П. Зыкова. По его мнению, подходы к диагностике и лечению врожденных нарушений формирования тазобедренных суставов (ВНФТС) зависят от степени их выраженности. Патология тазобедренных суставов при тазовом предлежании плода встречается в 17–30% случаев, при этом соотношение количества девочек и мальчиков с ВНФТС составляет 6:1. Как правило, дисплазия и вывих тазобедренных суставов чаще наблюдаются у детей, рожденных при первых родах.

К сожалению, отметил докладчик, мнения врачей лечебных учреждений по вопросам диагностики и лечения дисплазии тазобедренных суставов не всегда совпадают. Все чаще практикующие врачи не ставят диагноз дисплазии ребенку до 6 месяцев, ограничиваясь констатацией задержки развития суставов. Нередко клиническая картина не дает оснований заподозрить дисплазию, и в итоге ребенок, которому поставлен диагноз задержки развития суставов, а не дисплазии, не получая надлежащего лечения в первые месяцы жизни, через несколько месяцев имеет уже явные признаки дисплазии. Существует целый ряд ранних симптомов, на основе которых врач может заподозрить у ребенка до года дисплазию, однако не все они одинаково достоверны. Например, одним из признаков врожденной патологии тазобедренных суставов, который врачи очень часто демонстрируют родителям в качестве визуального подтверждения заболевания, является асимметрия ягодичных складок у ребенка. Однако данный симптом сомнителен, он встречается и у совершенно здорового ребенка и не может быть основанием для постановки даже предварительного диагноза. Хруст в тазобедренных суставах при разведении бедер ребенка также вероятный симптом, однако в одном случае это признак дисплазии, а в другом – врожденная конституциональная особенность.

11 ноября в Ярославле состоялась научно-практическая конференция «Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребёнка».

В ней приняли участие около двухсот практикующих врачей: акушеров-гинекологов, неонатологов и детских неврологов педиатров Ярославской области, а также ведущих специалистов в области акушерства, гинекологии, педиатрии, неонатологии, неврологии и анестезиологии из Москвы, Екатеринбурга и Иванова.

Мероприятие было организовано департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области.



Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребенка» в Ярославле

Чтобы уточнить диагноз, необходимо прибегнуть к вспомогательным методам исследования – УЗИ и рентгенографии тазобедренных суставов. Одним из главных преимуществ УЗИ является возможность его применения в первые три месяца жизни ребенка, когда рентгенография нежелательна в связи с недостаточной визуализацией хрящевой ткани (которая преобладает в тазобедренных суставах у детей этого возраста) и вредностью для ребенка лучевой нагрузки. Рентгенография может дать информацию о форме вертлужной впадины, установить или отвергнуть диагноз ВНФТС только у детей старше года. Однако это поздняя диагностика, ребенок уже ходит, и если диагноз подвывиха или вывиха бедра поставлен, чаще всего необходимо стационарное лечение или оперативное вмешательство. Нередки случаи, когда на рентгеновском снимке визуализируются все признаки дисплазии, а при осмотре предвывих не диагностируется. В таком случае для подтверждения диагноза проводят УЗИ, которое четко показывает наличие хорошо развитого хряща и позволяет установить, что дисплазия отсутствует, а есть обычный рахит, замедление энхондральной оссификации, которое встречается все чаще, особенно в экологически неблагоприятных регионах страны. Такой ребенок не нуждается в ортопедической помощи, ему требуется лечение рахита. О возможности такой ошибки должен помнить каждый ортопед, педиатр или детский хирург.

В. П. Зыков отметил, что «не только врачи виноваты в том, что не проводится адекватное своевременное лечение. Очень часто родители не выполняют рекомендаций ортопеда: не надевают стремена Павлика, не применяют аппарат Гневковского, не приходят на очередной осмотр, оправдываясь тем, что «жалели» ребенка, ведь фиксация бедер в положении отведения у ребенка, который уже начал ходить – это настоящее испытание для психики не только

самого пациента, но и его родителей. Оперативное лечение вывиха бедра очень травматично, в ходе операции ломают бедренные и тазовые кости, меняют угол наклона головки бедра, формируют необходимую конфигурацию вертлужной впадины. Иногда во время таких операций проводится переливание крови».

Ребенка с врожденным вывихом бедра вылечить можно. Главное – обратиться к специалистам в ранние сроки, когда время еще не упущено. Проблема своевременной диагностики врожденного вывиха бедра – это социальная проблема и медики в одиночку, без участия самих родителей, не в состоянии решить ее.

Детская неврология и задержка психоречевого и психомоторного развития у детей раннего возраста

Именно этой теме было посвящено выступление д. м. н., профессора РГМУ Р. Ц. Бембеевой. Следует понимать, считает докладчица, что задержка речевого развития (ЗРР) и задержка психоречевого развития (ЗПРР) – это не самостоятельные заболевания, а следствия некоторых отклонений в здоровье ребенка, а именно нарушения работы мозга, центральной нервной системы, генетических или психических расстройств. Изучая анамнез детей с задержкой речевого развития, специалисты установили, что к нарушению нормального становления речи у детей могут приводить различные неблагоприятные воздействия в период внутриутробного развития, преждевременные, длительные или стремительные роды, долгий безводный период, родовые травмы, асфиксия плода в родах, гидроцефалия и увеличенное внутричерепное давление, генетическая предрасположенность, психические заболевания и даже ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание. Тяжело протекающие детские болезни, особенно в первые три года жизни, черепно-мозговые травмы

или просто оставленные без внимания частые падения, понижение слуха различной степени – все это может служить причиной отставания в речевом развитии. При воздействии неблагоприятных биологических или социальных факторов наиболее существенно повреждаются именно те области головного мозга, которые в данный момент наиболее интенсивно развиваются. Исследования показали, что задержкой речевого развития часто страдают дети, чьи мать или отец имеют какие-либо психические расстройства, часто ссорятся или злоупотребляют алкоголем. Причинами для тревоги могут стать следующие явления:

- в два года ребенок использует небольшое количество отдельных слов и не пытается повторять новые слова;
- трехлетний малыш говорит настолько невнятно, что его с трудом понимают даже родные, не произносит простых предложений (подлежащее, сказуемое, дополнение), не понимает простых объяснений или рассказов о событиях в прошлом или будущем;

Случай из клинической практики:

Ребенок 2,5 года. Ему проведена первая операция, после которой назначен строгий постельный режим. В дальнейшем малыша ждет снятие швов и наложение гипсовой повязки, с которой мальчишка на месяц отправят домой. Потом врачи будут проводить разработку движений, массаж, гимнастику. Когда восстановятся движения в первом прооперированном тазобедренном суставе, сделают операцию на втором суставе. Через 1,5 месяца ребенок снова будет находиться в гипсе с соблюдением строгого постельного режима. Только через 5–6 месяцев после второй операции ему удалят металлические конструкции и разрешат сидеть, а ставить ребенка на ноги будут только через год после последней операции. В лучшем случае, год и три месяца ребенок будет прикован к постели. В любом случае ребенок становится инвалидом с детства, риск осложнений будет определять всю его дальнейшую жизнь, недаром есть такое утверждение: там, где побывал нож хирурга, нормы быть не может.



Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребенка» в Ярославле

- у малыша любого возраста постоянно приоткрыт рот или наблюдается повышенное слюноотделение без явных причин (не связанное с ростом зубов).

Но независимо от причины, которая привела к повреждению головного мозга, исход одинаков – разные зоны головного мозга начинают работать неправильно или недостаточно активно.

Итак, где же находится граница между индивидуальными особенностями развития конкретного ребенка и отставанием? По мнению автора доклада, рамки, которые учитываются нормами развития, достаточно гибкие. Если ваш малыш в год говорит не 10 слов, а только 7, тревожиться не стоит. Колебания допустимы в пределах 2–3 месяцев. Причем для мальчиков возможно отставание от девочек на 4–5 месяцев. Многие считают, что есть некая зона, область мозга, отвечающая за развитие речи. В реальности речь формируется только при согласованной работе обоих полушарий мозга.

Для полноценного и своевременного речевого развития нужно, чтобы гармонично развивались как правое полушарие, которое отвечает за эмоционально-образную сферу, пространственное мышление и интуицию, так и левое полушарие, отвечающее за рационально-логическое мышление. У мальчиков пучок нервных волокон, соединяющих оба полушария, тоньше, чем у девочек, и развивается медленнее. Поэтому бывает, что обмен информацией между полушариями затруднен, из-за чего мальчикам сложнее облечь свою мысль в форму грамматически правильного высказывания. Если нет мозговых и психических отклонений в развитии, при раннем небольшом отставании в речевом развитии мальчик с помощью специалистов успешно преодолеет его.

Таким образом, начинать работу по преодолению задержек в развитии малыша нужно как можно раньше. Исключительно лекар-

ственная терапия приносит мало результата, если она не подкреплена педагогическим воздействием. Наиболее важной задачей работы учителя-дефектолога является повышение уровня психического развития детей: интеллектуального, эмоционального и социального.

Педагог обеспечивает коррекцию (исправление и ослабление) негативных тенденций развития, предупреждает появление вторичных отклонений в развитии и трудностей в обучении на начальном этапе. В своей работе учитель-дефектолог активно использует наглядные, практические, технические средства реабилитации и проводит коррекционные занятия в игровой форме по индивидуальному плану. Нет общей методики, которая помогает абсолютно всем, необходим индивидуальный подход.

Очень важно, чтобы родители, заметив у малыша признаки задержки речевого развития, не просто уповали на помощь специалистов, но и сами активно занимались со своим ребенком. *Для лечения задержки психо-речевого развития оптимальным является комплекс процедур: электрорефлексотерапия + логопед-дефектолог + лекарственная терапия.*

Задержка речи в наше время объясняется не столько медицинскими факторами, сколько изменившимися социально-культурными условиями, в которых растут наши дети.

У работающих родителей остается все меньше свободного времени для своих детей. Так, у матери имеется в среднем около 12 минут в день на то, чтобы поговорить с ребенком. Как следствие всего этого, растет число детей, которые тратят на просмотр телевизора 3–4 часа в день.

Особенно внушает опасение тот факт, что даже маленькие дети 2–5 лет смотрят телевизор в среднем 1–2 часа в день. Казалось бы, малыш, сидя перед телевизором, постоянно слышит речь, причем, как правило, громкую, разно-

образную и выразительную. Что ему мешает усваивать ее?

Дело в том, что речь, слышимая ребенком с экрана телевизора, не оказывает на него должного воздействия и не играет значимой роли в речевом развитии. Она не воспринимается детьми раннего возраста как адресованная им лично и не включена в их практическую активность, а потому не имеет для них никакого значения, оставаясь лишь фоном для мелькающих на экране зрительных стимулов. Доказано, что маленькие дети не выделяют отдельных слов, не понимают диалогов и не вслушиваются в экранную речь. Только непосредственное участие взрослого в практической деятельности малыша способно обеспечить нормальное речевое развитие.

Для преодоления отставаний в развитии речи необходимы по крайней мере два обязательных условия:

- включенность речи в активную деятельность ребенка;
- индивидуальная адресованность речи непосредственно к самому ребенку.

В завершении своего доклада Р.Ц. Бембеева напомнила родителям: будьте чутки и внимательны к своим малышам! В первую очередь, именно ваше осмысленное участие в жизни детей – основа их дальнейшего благополучия. Не залечивайте их от «предполагаемых болезней», но если вас что-то действительно тревожит и заботит, найдите возможность получить независимую консультацию квалифицированного специалиста.

После доклада Р.Ц. Бембеевой состоялся круглый стол по проблеме врожденной цитомегаловирусной инфекции, в ходе которого разбирали клинические случаи. Экспертом выступил профессор Д.Н. Дегтярев, участие в обсуждении приняли неонатологи Ярославля и Ярославской области. ✨

Елена Кулькова