

Внутриутробный скрининг врожденных пороков развития проводился согласно протоколам. Охват беременных женщин составил 99%. Внутриутробно диагностировали врожденный порок развития 32 детям.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Черненко, Ю. В. Диагностика, профилактика и коррекция врожденных пороков развития / Ю. В. Черненко, В. Н. Нечаев // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2009. — Т. 5, № 3. — С. 379–383.
2. Барашнев, Ю. И. диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей / Ю. И. Барашнев, В. А. Бахарев, П. В. Новиков. — М.: Триада-х, 2004. — С. 12–87.

УДК 616-053.31-001.8

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЦЕНАРИЙ «АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО»

*Тельнова А. А.*

**Научный руководитель: ассистент А. М. Карамышев**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, показатель младенческой смертности за последние 10 лет снизился почти в 2 раза и в 2016 г. составил 3,2 ‰, что является достаточно низким уровнем [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения, одной из основных причин смерти новорожденных, наряду с преждевременными родами и низкой массой тела при рождении, инфекциями и родовыми травмами, является асфиксия [2]. Асфиксия новорожденного — клинический синдром, проявляющийся в первые минуты жизни нарушением проходимости верхних дыхательных путей или отсутствием спонтанного дыхания у ребенка. У большинства детей также отмечают угнетение безусловной нервно-рефлекторной деятельности и острую сердечно-сосудистую недостаточность. Частота рождения детей в асфиксии составляет 1–1,5 % (с колебаниями от 9 % у детей с гестационным возрастом при рождении менее 36 недель и до 0,5 % у детей со сроком гестации более 37 недель) [3, 4].

В связи с этим существенное значение имеет качество проведения реанимационных мероприятий в родильном зале, что предполагает наличие у врачей специальных навыков, которые должны быть отработаны до автоматизма. Важная роль в этом в настоящее время отводится использованию симуляционных обучающих технологий, которые стали неотъемлемым компонентом современного образовательного процесса в медицине [5].

#### **Цель**

Отработка навыков по оказанию медицинской помощи при асфиксии новорожденного тяжелой степени.

#### **Материал и методы исследования**

Этап сценария (клиническое состояние) — комплекс параметров новорожденного (ЭКГ, ЧСС, АД, ЧД, SpO<sub>2</sub> и др.).

Клинические параметры симулятора соответствуют параметрам при данной нозологии, что проверяется опытным врачом. Лечение соответствует протоколам, стандартам и порядку оказания медицинской помощи.

Сценарий предназначен для работы на тренажере «SimNewB».

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Разработанный нами сценарий «Асфиксия новорожденного» позволяет отработать такие практические навыки, как оценка состояния новорожденного по шкале Апгар, оценка тяжести асфиксии, выбор тактики лечения, отработка алгоритма действий, оценка эффективности терапии, работа в команде, стресс-менеджмент. Алгоритм действий включает в

себя такие манипуляции, как санация верхних дыхательных путей и, при необходимости, оро- или назофарингеальная интубация, искусственная вентиляция легких мешком Амбу через лицевую маску или эндотрахеальную трубку, обеспечение венозного доступа и внутривенное введение препаратов.

Сценарий содержит данные новорожденного, историю родов, этапы сценария (асфиксия, ухудшение, улучшение, стабилизация), их длительность и варианты перехода между ними.

Правильное выполнение необходимых манипуляций на любом этапе приводят к стабилизации состояния новорожденного. В зависимости от тяжести состояния (этапа симуляции) объем и темп интенсивной терапии изменяется. Неправильные диагностические и лечебные манипуляции приводят к ухудшению состояния и смерти новорожденного (робота-симулятора).

Переход к следующему этапу осуществляется в автоматическом режиме при выполнении или невыполнении студентами необходимых лечебных манипуляций. Существует возможность тренинга, неограниченного во времени и количестве повторений.

При воспроизведении сценария возможно проведение аудио- и видеоконтроля, что может быть использовано вовремя дебрифинга.

### **Выводы**

Отработка практических навыков на роботе-симуляторе позволит студентам, врачам-интернам, клиническим ординаторам и практикующим врачам лучше усвоить и довести до автоматизма тактику ведения асфиксии новорожденного и стресс-менеджмент при оказании коллективной медицинской помощи, что в свою очередь может положительно влиять на показатели перинатальной смертности.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Здоровоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2016 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2017. — С. 30.
2. Новорожденные: снижение смертности [Электронный ресурс] // Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. — 2016. — № 333. — Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/ru/>, свободный. — Загл. с экрана.
3. Неонатология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Н. Володина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — С. 223.
4. Ткаченко, А. К. Асфиксия новорожденных. Перинатальная патология нервной системы: учеб.-метод. пособие / А. К. Ткаченко. — Минск: БГМУ, 2006. — С. 4.
5. Деларю, Н. В. Симуляционные технологии в постдипломном обучении интенсивной терапии врачей-неонатологов / Н. В. Деларю, В. Б. Мандриков, Т. Е. Заячникова // Вестник ВолГМУ. — 2015. — № 1 (53). — С. 32–33.

**УДК 617.574-089.819.843**

## **МЕЖНЕВРАЛЬНЫЕ АНАСТОМОЗЫ ПРЕДПЛЕЧЬЯ**

**Тельнова А. А.**

**Научный руководитель: ассистент В. С. Смирнов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Преимущественно, при инструментальном методе исследования периферических нервов обнаруживается их нормальный ход и классическая зона иннервации. Тем не менее, существуют варианты их развития — межневральные анастомозы, которые возникают между определенными нервами и приводят к изменению зон иннервации в коже и мышцах.

Межневральный анастомоз предплечья, известный как анастомоз Мартина — Грубера (АМГ), образован волокнами, идущими от срединного к локтевому нерву. Впервые его описал скандинавский анатом R. Martin в 1763 г., а в 1870 г. немецкий анатом W. Gruber, при препарировании 250 предплечий, обнаружил 38 (15,2 %) схожих анастомоза.

В некоторых случаях было замечено, что волокна идут в противоположном направлении. Этот анастомоз получил название «анастомоз Мариначчи» (АМ), в честь А. Marinacci,