

среднее положение, при косолапости выведение стопы в среднее положение и восстановление опорной функции стопы.

После одного курса лечения стойкого лечебного эффекта не наблюдалось. Для достижения хороших и отличных результатов, а также закрепления лечения нами проведены второй и третий курсы лечения, а 20,7% детям, особенно с тяжелым течением заболевания и поздним восстановительным лечением, — и четвертый курс.

Эффективность восстановительного лечения определена нами при катанестическом наблюдении с оценкой нервно-психического и физического развития. У всех детей, леченных восточным массажем, физическое развитие соответствовало при обследовании в катанестическом возрастным нормам. Дети начинали переворачиваться со спины на живот с 5 месяцев, с живота на спину — с 6, активно ползать, самостоятельно сидеть — с 6—7, стоять самостоятельно — с 11, ходить — с 12 месяцев. Быстро появлялся “комплекс оживления” в ответ на эмоциональное общение с первых дней начала восстановительного лечения: с 4 месяцев дети начинали узнавать мать, с 5 — отличать близких людей от чужих по внешнему виду, с 6 — произносить отдельные слоги, с 8 — выполнять разрушенные ранее движения, например “ладушки”, с 9 — подражать движениям других, узнавать свое имя, поворачивать голову на зов, с 12 месяцев — различать предметы по форме.

Таким образом, правильно проведенный восточный массаж позволяет добиться хороших и отличных результатов почти у всех детей независимо от тяжести поражения центральной нервной системы. Точечный, линейный и сегментарный массаж как метод восстановительного лечения следует начинать на ранних сроках, не позднее двухмесячного возраста ребенка. Лечение должно быть комплексным и следовать за медикаментозной терапией или в сочетании с ней. Точечный массаж позволяет уменьшить или отказаться от назначения многочисленных лекарственных препаратов, провести профилактику лекарственной аллергии и подготовить детей к вакцинации.

УДК 618.2—083—082—039.57

А.Н. Зотов, В.Б. Хенвен, А.Н. Дуткина, Ф.Г. Ахмерова (г. Набережные Челны). Опыт работы кабинетов пренатального воспитания (дорождской педагогики) детских поликлиник г. Набережные Челны

Одной из основных задач службы детства и родовспоможения в сохранении здоровья будущего поколения является правильная подготовка семейной пары, особенно беременной женщины, к рождению будущего ребенка. За последние несколько лет эта проблема стала еще актуальней в связи с более выраженной тенденцией к росту числа патологических родов и осложнений беременности, обусловившей значительное сокращение числа новорожденных, со-

ответствующих 1-й группе здоровья. Рост числа больных новорожденных, особенно маловесных и недоношенных, требует больших затрат на их выхаживание.

Педиатрическая и акушерско-гинекологическая службы г. Набережные Челны предприняли попытку управлять состоянием здоровья будущих новорожденных. С этой целью с 1995 г. в двух детских поликлиниках (а с 1996 г. во всех детских поликлиниках и женской консультации) организованы кабинеты перинатального воспитания, или дородовых педагогики. Их штат включает врача (педиатра-невропатолога), медсестру (акушерку) и музыкального работника.

Сразу после постановки на учет в женской консультации беременную женщину направляют в кабинет пренатального воспитания детской поликлиники, где по специальному методу “СО-НАТАЛ” (автор М.Л. Лазарев, г. Москва) с ней начинают регулярные занятия. Этот метод представляет собой форму музыкальной стимуляции развития плода и новорожденного, а также способ снятия стрессов у женщин с помощью музыки. Занятия проводят специалисты кабинета и с помощью различных музыкальных произведений (колыбельных, народной, инструментальной, классической музыки) учат женщин (и не только их, но и их близких) общаться с будущим ребенком, помогают воспринимать беременность не просто как физиологический процесс. Практически все женщины не испытывают страха перед родами.

В течение 1995 г. пренатальным воспитанием были охвачены 307 беременных, причем регулярно занимались 50% женщин. 10,1% женщин посещавших кабинет пренатального воспитания, сами были инициаторами таких занятий, 22,8% — были направлены участковым педиатром, 39,4% — женской консультацией, 27,7% — работниками кабинета пренатального воспитания.

По срокам беременности женщины распределялись следующим образом: до 12 нед — 7,7%, от 12 до 28 нед — 36,5%, от 28 до 40 нед — 55,8%. Нами проведена оценка течения беременности, родов и состояния здоровья новорожденных у матерей, прошедших подготовку в кабинете пренатального воспитания в сравнении с женщинами контрольной группы без такого специального обучения.

В контрольной группе осложнения беременности (гестозы, преэклампсия, угрозы прерывания, токсикоз, анемия беременных, нефропатия и т.д.) составили 92,5%, среди женщин, получивших пренатальную подготовку, — 36%, роды без патологии — соответственно у 15% и 68%.

По состоянию здоровья новорожденные обеих групп, выписанные из родильного дома, распределились следующим образом: у женщин, посещавших кабинет пренатального воспитания, 24% детей были отнесены к 1-й группе здоровья, 76% — ко 2-й и ни одного — к 3-й, в контрольной группе — соответственно 3,7%, 70%, 26,3%.

После пренатального воспитания заболеваемость детей в возрасте до 6 месяцев оказалась в 2,5 раза ниже, чем в контроле; кроме того, пер-

вые на один месяц опережали в нервно-психическом развитии своих сверстников.

Таким образом, полученные данные позволяют по-новому осмыслить формы и методы подготовки женщин к нормальному течению беременности и родам. Предложенная форма работы дает возможность более чем в 2 раза уменьшить частоту осложнений беременности и в 4 раза патологию в родах. Среди новорожденных, родившихся у матерей, получавших пренатальное воспитание, нет недоношенных. Лучше и состояние их здоровья. Новорожденных, отнесенных к 1-й группе здоровья, оказалось в 6 раз больше, чем в контрольной группе.

Считаем, что данная форма работы может широко практиковаться во всех детских поликлиниках и женских консультациях.

УДК 616—036.2

П.И. Сергеев, Н.П. Медведев, М.Ш. Шафеев
(Йошкар-Ола, Казань). **Эффективность применения новой дезинфекционной композиции для профилактики внутрибольничных инфекций**

Анализ литературы показывает, что в настоящее время для борьбы с возбудителями внутрибольничных инфекций используются главным образом хлорактивные, перекисные и четвертичные аммониевые соединения. Совершенствование дезинфицирующих средств идет по пути создания композиционных форм.

В детской республиканской больнице г. Йошкар-Ола дезинфекция проводится в основном хлорсодержащими препаратами (хлорная известь, хлорамин, ДП-2 и др.) и преимущественно влажным способом — орошением или погружением загрязненных предметов в дезинфектант. Однако этим препаратам присущ существенный недостаток — высокая коррозионная активность. Кроме того, они являются токсичными для человека, способны кумулироваться в окружающей среде. Из-за многократного их применения у бактерий вырабатывается к ним устойчивость.

Нами для дезинфекции поверхностей и воздуха в ЛПУ предложена новая композиция из перекиси водорода, муравьиной кислоты, сульфанола и воды. Указанная композиция была при-

менена в виде аэрозоля, который создавался при диспергировании установкой "Приз" с расходом 50—80 мл на 1 м³, последующей экспозицией в течение 30 минут.

Аэрозольный способ дезинфекции находит все большее применение. Аэрозоль заполняет все обрабатываемое помещение, оседает мельчайшими каплями на поверхностях пола, стен и оборудования. Частично аэрозольные капли испаряются и в виде пара проникают в щели, пазы, трещины. Этот способ позволяет одновременно дезинфицировать поверхности и воздух в закрытых помещениях. Наряду с высокой эффективностью, он является наиболее щадящим способом в отношении обрабатываемых объектов.

В палатах гемодиализа общая бактериальная обсемененность воздуха до дезинфекции разработанной нами композицией составляла от 600 ± 70 до 10000 ± 2000 кл/м³, в палатах интенсивной терапии — от 10000 ± 1000 до 12000 ± 8000 кл/м³, после дезинфекции — соответственно 0 ± 0 и 10 ± 1 кл/м³. Сравнение общей бактериальной обсемененности воздуха до и после дезинфекции в палатах гемодиализа и в палатах интенсивной терапии показало достоверную разницу ее уровней ($t = 9,1$ и $t = 9,9$).

Общая бактериальная обсемененность поверхностей до дезинфекции в палатах гемодиализа составляла от 150 ± 70 до 410 ± 70 кл/м², в палатах интенсивной терапии — от 240 ± 90 до 910 ± 80 кл/м², после применения композиции — соответственно 0 ± 0 и от 6 до 8 кл/м². Разница в общей бактериальной обсемененности также достоверна ($t = 2,4$ и $t = 2,6$).

Золотистый стафилококк в исследуемых помещениях после дезинфекции не высевался. Контроль дезинфекции проводился бактериологическим методом с использованием тест-микроорганизмов.

Процесс дезинфекции микробных клеток, выделенных в больнице, полностью подтверждается гибелью клеток тест-микроба.

Таким образом, новая композиция имеет высокую эффективность и может быть рекомендована для профилактики внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях.