



# ВПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ

ISSN 2222 - 2014

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ №2 /2011



ISSN 2222-2014

0 2



9 772222 201114

**«ОҢАЛТУДЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ» ҒЫЛЫМИ-  
ПРАКТИКАЛЫҚ ЖУРНАЛЫ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
«ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ»  
«REHABILITATION QUESTIONS» SCIENTIFICALLY-  
PRACTICAL JOURNAL**

Бас редактор  
Главный редактор  
Editors-in-Chief

*Медицина ғылымының докторы*  
*Шолпан Әділжанқызы Бөлекбаева*

*Доктор медицинских наук*  
*Шолпан Адильжановна Бүлекбаева*

*Doctor of medical sciences*  
*Sholpan A. Bulekbaeva*

Республика Казахстан  
г. Астана,  
пр. Туран, 36  
тел. 7172-511551  
факс 7172-511544  
e-mail: [journalrdrc@mail.ru](mailto:journalrdrc@mail.ru)

*Медицина ғылымының кандидаты,*  
*доцент*

*Айгул Ортайқызы Абдрахманова*

*Кандидат медицинских наук, доцент*  
*Айгуль Ортайевна Абдрахманова*

*Candidate of medical sciences*  
*senior lecturer*  
*Aigul O. Abdrakhmanova*

Республика Казахстан  
г. Астана,  
пр. Туран, 36  
тел. 7172-511543  
факс 7172-511556  
e-mail: [rdrc@mail.ru](mailto:rdrc@mail.ru)

Республиканский детский  
реабилитационный центр  
E-mail: [journalrdrc@mail.ru](mailto:journalrdrc@mail.ru)

*Цель и содержание:*

Научно-практический журнал «Вопросы реабилитации» призван способствовать развитию реабилитационной службы и повышению ее эффективности. Журнал позволит обмениваться новыми знаниями, идеями и опытом специалистам, занятым реабилитацией больных и инвалидов, объединит усилия медицинских, социальных и педагогических служб в борьбе за здоровый образ жизни.

Цель журнала – публикация оригинальных научных статей, освещающих актуальные вопросы реабилитологии, физиотерапии, лечебной физкультуры и курортологии, здоровья населения Казахстана, внедрение современных медицинских технологий диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний.

Сфера интересов журнала: реабилитация и восстановление здоровья больных и социализация инвалидов, укрепление здоровья и профилактика заболеваний, пропаганда здорового образа жизни, социально-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями.

Журнал рассчитан на исследователей, практических врачей всех специальностей, менеджеров и политиков в области реабилитологии и профилактики заболеваний, а также социальных работников, психологов, логопедов, дефектологов и педагогов.

*Рубрики журнала:*

1. Физиология и психология
2. Нутрициология, лечебное питание
3. Фармакологическая поддержка в реабилитологии
4. Неотложные состояния и ранняя реабилитация
5. Функциональная диагностика в реабилитологии
6. Биомедицинские и инновационные технологии в реабилитации
7. Лечебная физкультура, спортивная медицина, физиотерапия и гигиена
8. Сопровождение лиц с ограниченными возможностями
9. Социальная реабилитация, адаптация и коррекционная педагогика
10. Организация реабилитационной помощи, качество реабилитационных услуг
11. Восстановительная медицина, профилактика, здоровый образ жизни
12. Паллиативная медицина
13. Дайджест новостей из мира медицины и реабилитологии
14. Памятные даты

## СОДЕРЖАНИЕ

Организация реабилитационной помощи, качество реабилитационных услуг ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТОЛОГИИ <i>Булекбаева Ш.А., Абдрахманова А.О., Джумаева Л.Ш., Султанова Г.М.</i> .....	3
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ДЕТСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА <i>Касымова А.З., Садыбаева Г.К., Мусагалиева К.К., Кенжебекова Р.Т., Анаркулова З.А., Кадырбаева М.С.</i> .....	8
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА <i>Булекбаева Ш.А., Оспанова Ш.Х.</i> .....	13
Инновационные технологии в реабилитации, оригинальные статьи НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ ЧЕЛОВЕКА <i>Асылбекова Л.У.</i> .....	19
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОУПРАВЛЕНИЯ ПО ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЕ В КОМПЛЕКСЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ <i>Асылбекова Л.У.</i> .....	27
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА <i>Андосова С.А., Сейсембеков Т.З., Бекбосынова М.С., Рахимова Э.М., Мурзабаева Р.Р.</i> .....	34
Лечебная физкультура, спортивная медицина, физиотерапия и гигиена ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ <i>Жилкибаева С.А.</i> .....	38
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МЕТОДИЧЕСКИМ МАТЕРИАЛАМ, ПОСОБИЯМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ В КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКЕ В ДЕТСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ <i>Хайруллина А.А.</i> .....	44
.КОНТРОЛЬ БППП КАК ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ <i>Булекеева Г.С.</i> .....	46
«УПРЕЖДАЮЩАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ» КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>Сыздыков Ж.С.</i> .....	53
3-Я ИСЛАМСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МИНИСТРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	55
МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ДЕЛОВОЙ ФОРУМ «ГОСПИТАЛЬ БУДУЩЕГО» .....	58

**«ОҢАЛТУДЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ» ЖУРНАЛЫ**  
**ЖУРНАЛ «ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ»**  
**«REHABILITOLOGY QUESTIONS» JOURNAL**

**ISSN 2222 - 2014**

Научно-практический журнал издается 3 раза в год

**Редакционная коллегия:**

**Асатова А.Б.**, Дарибаев Ж.Р., Джумаева Л.Ш., Жалимбетова Г.А.,  
Медетбекова Ж.А., Мухаметжанов Х.М., Рахимжанова Р.И.,  
Ризванова А.Р., Сейсембеков Т.А., Султанова Г.М.,  
Токтарова Н.Н., Чемерис А.В., Шакенов М.Ж.

**Редакционный совет:**

**Бар-Хайм С.** (доктор PhD, Израиль)  
**Белокопытов М.** (доктор PhD, Израиль)  
**Вощенко Т.А.**  
**Газалиева Ш.М.** (д.м.н., профессор)  
**Досмагамбетова Р.С.** (д.м.н., профессор)  
**Евтушенко С.К.** (д.м.н., профессор, Украина)  
**Ерекешов А.Е.** (д.м.н., профессор)  
**Костиевски Мария** (доктор медицины, Германия)  
**Лепесова М.М.** (д.м.н., профессор)  
**Лильин Е.Т.** (д.б.н., профессор, Россия)  
**Нургужаев Е.С.** (профессор)  
**Рахыпбеков Т.К.** (д.м.н., профессор)  
**Садыкова А.Б.** (к.м.н.)  
**Сейсембеков Т.З.** (д.м.н., профессор)  
**Семенова К.А.** (д.м.н., профессор, Россия),  
**Солимене Умберто** (профессор, Италия)  
**Стороженко Н.А.** (профессор, Россия)  
**Телеуов М.К.** (д.м.н., профессор)  
**Шайдаров М.З.** (д.м.н.)  
**Шарман А.** (доктор PhD)  
**Шевелева Н.И.** (д.м.н., профессор)

**Учредитель журнала:** *Республиканский детский реабилитационный центр*

**Адрес редакции:**

г. Астана, пр. Турана, 36/1,  
АО «РДРЦ»  
Телефон/факс: (7172) 511-557  
Телефон: (7172) 511-543  
E-mail: [journalrdrc@mail.ru](mailto:journalrdrc@mail.ru)

Журнал зарегистрирован в Министерстве культуры и информации РК.  
Свидетельство о постановке на учет № **10834** от **14.04.2010г.**

УДК: 614.2:376.091:616-036.08/.85

## **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТОЛОГИИ**

*Ш.А. Булекбаева, А.О. Абдрахманова, Л.Ш. Джумаева, Г.М. Султанова*

*Республиканский детский реабилитационный центр, Астана*

Реабилитация до недавнего времени была прерогативой социальных служб и направлена на восстановление социального и профессионального статуса инвалида. Интерес медицины к реабилитации обусловлен недостаточной эффективностью восстановительного лечения утраченных в процессе болезни физиологических функций организма. Слабая эффективность восстановительного лечения, которым занимались врачи разных специальностей, предопределила появление новой клинической дисциплины – медицинской реабилитологии [1].

Реабилитационная медицина развивается во всем мире, особенно на Западе [2-5]. Большинство зарубежных медицинских центров и клиник имеют в своей структуре отделения реабилитации с мультипрофессиональной «реабилитационной командой», включающей, как правило, врачей-реабилитологов, эрготерапевтов, физиотерапевтов, социальных работников, психологов, логопедов, сестер по уходу. Лечебно-реабилитационный процесс «команды» должен быть направлен на учет всех индивидуальных потребностей пациента со всем комплексом его проблем.

В странах ближнего зарубежья в области восстановительной медицины больших успехов достигла реабилитационная служба Российской Федерации. По определению главного врача Центра реабилитации Управления делами Президента Российской Федерации А.И. Романова: «Реабилитация – комплекс специфических и неспецифических реакций организма, направленных на восстановление нарушенных или утраченных функций, активацию собственных компенсаторных возможностей организма на всех уровнях – от молекулярного до поведенческого» [6]. Тем самым роль специалиста-реабилитолога сводится к определению места, времени и вектора положительного воздействия на субъект реабилитации.

Реабилитация в качестве функционального термина в контексте адаптации понимается как механизм, с помощью которого ликвидируются или минимизируются нарушения физиологических процессов, вызванные повреждением, что может привести к выздоровлению или хронизации заболевания. Организм человека в процессе эволюции выработал ряд компенсаторно-приспособительных механизмов: образование антител, фагоцитоз, воспаление, регенерацию и др. Реабилитационный принцип работает на всех стадиях реализации этих механизмов. Этим и объясняется связь многими

медицинскими кадрами реабилитации с третичной профилактикой, хотя ее элементы присутствуют и во вторичной, и в первичной и начинаться она должна с первых минут обращения пациента в медицинское учреждение [6].

Однако, для восстановления нарушенных функций органов и систем организма недостаточно усилий одной медицины, необходима мобилизация внутренних ресурсов, активизация защитно-адаптационных механизмов, уменьшение социальных последствий травм и заболеваний, эмоциональная поддержка больного, а значит, реабилитация должна быть комплексной, то есть проводиться на стыке несколько наук: медицины, педагогики, психологии и психофизиологии, биофизики, культурологии и социальной медицины.

Комплексный подход позволяет добиться положительных результатов в реабилитации лиц с ограниченными возможностями и улучшить качество жизни этой незащищенной категории граждан.

Комплексный подход, особенно идеален для реабилитации детей с ограниченными возможностями. Сегодня уже есть положительные сдвиги в этом направлении. Наглядный пример тому республиканский детский реабилитационный центр (РДРЦ).

Дети-инвалиды – наиболее слабо защищенная категория инвалидов, имеющая свою специфику, обусловленную, временем наступления нарушений и ограничений жизнедеятельности, отсутствием того социального опыта, который имеют инвалиды, получившие ее после восемнадцати лет.

Формирование личности у детей-инвалидов, особенно с нарушениями опорно-двигательного аппарата, происходит в условиях ограниченного жизненного пространства и коммуникативности, иногда в полной зависимости от посторонней помощи в самообслуживании. Инвалиды с детства, как правило, обладают высокой внутренней восприимчивостью мироощущений и развитым самоанализом, дающим предпосылки для развития творческих способностей, однако им намного труднее реализовывать свои возможности, чем здоровым детям.

Социальная изоляция, в которой находится значительная часть семей, воспитывающих детей-инвалидов, усугубляет психическую травму, вызванную инвалидностью ребенка. Это нередко влечет за собой создание нездоровой эмоционально-психологической обстановки, способствует развитию невротоподобных состояний, а в отдельных тяжелых случаях – психических заболеваний, как у детей, так и у родителей.

Отсутствие условий, при которых развиваются способности и формируются навыки самостоятельности, вызывает неуверенность в себе, комплекс неполноценности, ориентирует на потребительское сознание и иждивенчество, то есть ведет к синдрому социального инфантилизма детей-инвалидов. В результате теряется потенциал личности ребенка, не формируются адекватные взаимоотношения с окружающими и гармоничное взаимодействие с внешним миром.

Таким образом, возникла острая необходимость в модернизации системы оказания помощи детям, их семьям, оказавшимся в сложной социальной ситуации. Основная задача на сегодняшний день – помощь уже не самому ребенку, а ребенку в его социальном окружении. Без поддержки государства и общества дети-

инвалиды и их семьи практически не способны решить проблему своей социализации.

В последние годы в нашей республике стало более заметным стремление к тому, чтобы изменить сложившуюся ситуацию и помочь детям с ограниченными возможностями в получении качественной реабилитационной помощи, обучении и социализации. Сегодня комплексно решать многие проблемы детей с ограниченными возможностями и их родных призваны специализированные учреждения – реабилитационные центры. Комплексная форма реабилитации в таких центрах является органичной моделью для оказания услуг в условиях одного учреждения. Примером такого учреждения является уникальный комплекс, который был открыт при поддержке Президента РК Н.А. Назарбаева в сентябре 2007 года в Астане для детей и подростков с патологией нервной, нейроортопедической и нейроэндокринной систем. В центре работает команда реабилитологов, состоящая из медицинских работников, педагогов, социологов.

Главная цель команды реабилитологов РДРЦ – интеграция детей-инвалидов в социум: сделать их способными к жизни в обществе, создать соответствующие предпосылки для вовлечения их в общественно-трудовую жизнь. В РДРЦ проводится обучение навыкам самообслуживания и ведения домашнего хозяйства (одеваться, умываться, пользоваться столовыми приборами), общения, психологическая помощь детям и их родителям, социокультурные мероприятия, реабилитация средствами физической культуры и спорта, помощь в профессиональном самоопределении и обучении первичным навыкам трудовой деятельности.

Дети-инвалиды школьного возраста в условиях комплексной реабилитации имеют возможность изучать академические дисциплины, готовиться к рабочей жизни, изучать основы грамоты и счета, обращаться с деньгами, делать покупки и готовить пищу, пользоваться телефоном, транспортом и т.д.

Главным результатом медико-социальной реабилитации как направления социальной работы является достижение такого состояния ребенка-инвалида, когда он способен к выполнению социальных функций, свойственных здоровым детям. При этом под социальными функциями понимаются трудовая деятельность, обучение, способность к чтению, письму, коммуникативные способности и др.

В Республиканском центре реабилитологии заездная система, продолжительность курса реабилитации – 25 дней. Слаженная работа команды реабилитологов приводит к значительному улучшению физического состояния каждого ребенка, поступающего в центр. Кто не умел ходить, делает первые шаги, не умел стоять – впервые становится на ноги, не умел сидеть – садится и т.д.

Вместе с тем, отсутствие единой системы реабилитации и восстановительного лечения негативно сказывается на этапности оказания специализированной медицинской помощи особенно детям-инвалидам с врождёнными физическими аномалиями, дефектами интеллекта и хроническими инвалидизирующими заболеваниями. Для их восстановления требуется неоднократное комплексное лечение в специализированном учреждении с участием многих специалистов: врача невролога, специалиста по лечебной физкультуре и массажу, ортопеда, логопеда, психолога, воспитателя, психотерапевта и т.д. Для закрепления навыков, которыми маленькие пациенты

овладели в Центре, родителям необходимо закреплять путем продолжения их в домашних условиях.

В целях повышения результативности и закрепления навыков, полученных в Центрах реабилитации и для достижения максимального социально-экономического эффекта, необходимо создание специальных реабилитационных кабинетов, «школ реабилитации» для детей с ограничениями жизнедеятельности.

«Школы реабилитации», специализированные кабинеты должны оказывать квалифицированную помощь по вопросам медицинской, социальной и педагогической реабилитации, проводить обучение детей и их родителей практическим навыкам, оказывать психологическую поддержку, способствовать улучшению качества жизни детей с ограниченными жизненными возможностями и их семей, закреплять полученные в реабилитационном центре навыки. Создание таких школ и кабинетов возможно на уровне первичного звена здравоохранения, а также в Центрах социального обслуживания и даже в общеобразовательных школах, что значительно ускорит их социализацию, а у здоровых детей, обучающихся в этих школах, воспитает чувство ответственности и сострадания.

Главная цель школ реабилитации – социальная поддержка и реабилитация детей-инвалидов, формирование психофизиологического и социального потенциала личности для последующей реализации его в различные сферы бытовой, общественной и профессиональной деятельности, что ускорит интеграцию инвалидов в обществе. Обучение в школах будет способствовать пониманию пациентом необходимости постоянной поддержки организма в тоне, выявлению у пациента мотивации к выздоровлению. Регулярное общение с медицинским работником, педагогом и психологом ускорит процесс социализации, повысит мотивацию к выздоровлению.

Сегодня в Республике Казахстан 27 детских реабилитационных центров с различной ведомственной принадлежностью, лишь 10 из них находятся в ведении Министерства здравоохранения Республики Казахстан, остальные относятся к Министерству труда и социальной защиты, Министерству образования и науки.

Реабилитационные учреждения работают без достаточной координации своих действий и данное обстоятельство отрицательно сказывается на эффективности реабилитационного процесса.

С каждым годом все острее встает проблема организации межведомственного взаимодействия в осуществлении процесса реабилитации инвалидов, где остро стоят вопросы методологии и технологии их социальной и педагогической реабилитации.

Поэтому, для решения актуальных проблем детей-инвалидов необходимо проведение тесного сотрудничества с организациями и учреждениями, участвующими в реализации реабилитационных мероприятий, с осуществлением взаимного информационного и консультативного обеспечения служб по вопросам реабилитации. В связи с чем, для дальнейшего планирования работы, оперативного обмена информацией службам медицинской, социальной и педагогической реабилитации на первом этапе необходимо создание комплексной автоматизированной системы, содержащей банк данных по учету и реабилитации детей с особыми нуждами.

**Литература:**

1. Медведев А.С. Основы медицинской реабилитологии. Минск, Беларус. навука, 2010. – 435с.
2. Adams HP, del Zoppo G, Alberts MJ et al. Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke. A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups //Stroke, 2007; 38: 1655–1711.
3. Dhamoon MS, Moon YP, Paik MC, et al. Long-term functional recovery after first ischemic stroke: the Northern Manhattan Study //Stroke 2009; 40(8):2805-11.
4. Turner-Stokes L. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide //Clinical Rehabilitation, 2009; 23: 362–370.
5. Wade DT. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how (editorial) //Clinical Rehabilitation, 2009; 23: 291–295.
6. Романов А.И. Место и значение реабилитации в современной медицине. Доклад на Первом Балканском междисциплинарном Форуме «Инновационные технологии в здравоохранении». Болгария, г. Велинград, 31 марта-3 апреля 2011 г.

**Түйіндеме**

**БАЛАЛАРДЫ ОҢАЛТУДАҒЫ ӘЛЕУМЕТТІК ҚОРҒАУ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ  
ҰЙЫМДАРЫНЫҢ ҚАРЫМ-ҚАТЫНАСЫ**

**Ш.Ә. Бөлекбаева, А.О. Абдрахманова, Л.Ш. Джумаева, Г.М. Сұлтанова**

Мүмкіндігі шектеулі балаларға тиімді оңалту жүргізу үшін кешенді амал қажет – оңалту медицина, педагогика және әлеуметтану сияқты бірнеше ғылымның бірлесуі арқылы жүргізілуі керек.

27 оңалту орталықтарының 13 ғана (48,1%) денсаулық сақтаудың қарамағында. Әлеуметтік бағыттағы оңалту мекемесі өз әрекеттерін жеткілікті үйлестірмей, бөлек-бөлек жұмыс істейді, бұл оңалту үдерсінің тиімділігіне теріс әсер етеді.

Денсаулық сақтау, білім беру және әлеуметтік қорғау сияқты үш ведомства бойынша тығыз ынтымақтастықты, ақпарат алмасуды қалыптастыру қажет.

**Summary**

**INTERACTION BETWEEN INSTITUTIONS OF SOCIAL SECURITY AND HEALTH  
OF CHILD REHABILITOLGY**

**Sh. Bulekbayeva, A. Abdrakhmanova, L. Dzhumayeva, G. Sultanova**

For effective rehabilitation of children with disabilities a complex approach is needed - rehabilitation should take place at the junction of several sciences: medicine, pedagogy and sociology.

From 27 children's rehabilitation centers, only 13 (48.1%) are in the responsibility of health care. Rehabilitation institutions for social work orientation without sufficient coordination of their actions, separately, that adversely affects the efficiency of the rehabilitation process.

It is necessary to adjust close cooperation and prompt exchange of information to three departments: health, education and social protection.

УДК: 614.2:616-036.83-053.2 (574)

## СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ДЕТСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

*А.З. Касымова, Г.К. Садыбаева, К.К. Мусагалиева,  
Р.Т. Кенжебекова, З.А. Анаркулова, М.С. Кадырбаева*

*Республиканский детский реабилитационный центр, Астана*

В современных экономических условиях возрастает актуальность создания и внедрения новых форм управления, гарантирующих максимальную эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений при минимальных затратах и высоком качестве оказания медицинской помощи. Средством достижения высокого уровня качества медицинских услуг и удовлетворения требований потребителя является система менеджмента качества (СМК).

Система менеджмента качества - это система управления качеством товаров и услуг организации, которая создается в виде комплекта документов с описанием четких правил выполнения и контроля всех процессов в организации: разработка продукции (услуги), закупка материалов, производство, реализация и т.д. Внедрение требований стандартов подразумевает описание всей деятельности сотрудников в соответствующих документах СМК.

Типовые мотивы внедрения СМК в организациях:

-отсутствие четкого распределения обязанностей и ответственности сотрудников;

- несогласованность действия между сотрудниками и подразделениями;

-ошибки, даже незначительные (исправления, излишние действия и т.п.), которые происходят на разных стадиях производства, сливаются, порой, в глобальные и ведут к снижению качества услуги;

- уход сотрудников из организации, влечет за собой «уход» их знаний и опыта из организации;

- неэффективное использование ресурсов (материалы, финансы, персонал и др.);

- нестабильное качество продукции;

- потребители продукции выдвигают требования к наличию или дают предпочтения при наличии сертификата соответствия производства стандартам ISO 9001 [1].

В настоящее время в мире сертифицировано более 500 000 систем

менеджмента качества, в том числе в области здравоохранения, отвечающих требованиям международных стандартов ИСО.

Цель системы менеджмента качества:

-улучшение качества предоставляемых медицинских услуг по профилю учреждения и повышение удовлетворенности потребителей;

-повышение результативности и эффективности деятельности при сокращении затрат на оказание медицинской помощи;

- повышение производственной и финансовой дисциплины;

-увеличение заинтересованности персонала в качестве, создание такой атмосферы в коллективе, которая ориентирует персонал на долгосрочную перспективу;

-укрепление авторитета и имиджа высоконадежного учреждения у населения и в профессиональных кругах [1].

Управлением АО «Национальный медицинский холдинг», в соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», разработана Политика управления качеством медицинских услуг и безопасности пациентов в дочерних организациях Холдинга.

Целью Политики управления качеством медицинских услуг и безопасности пациентов в дочерних организациях Холдинга является реализация конституционных прав пациентов на получение доступной, безопасной, качественной медицинской помощи в соответствии с международными стандартами.

Основными направлениями реализации Политики являются:

-разработка и внедрение стандартов качества в сфере оказания медицинских услуг и обеспечения безопасности пациентов;

-внедрение принципов пациент-ориентированного ухода, отвечающего запросам и ожиданиям пациента;

-внедрение современных информационных, аналитических и других технологий и методик в процессы управления качеством медицинских услуг;

-разработка и внедрение механизмов стимулирования сотрудников дочерних организаций и Холдинга для создания организационной культуры, способствующей непрерывному повышению качества медицинских услуг и безопасности пациентов;

-обучение сотрудников дочерних организаций и Холдинга теоретическим и практическим аспектам обеспечения высокого качества медицинских услуг и безопасности пациентов [2].

Для реализации Политики управления качеством медицинских услуг и безопасности пациентов в дочерних организациях Холдинга функционируют

отделы менеджмента качества медицинских услуг и безопасности пациентов.

Отдел менеджмента качества и безопасности пациентов является структурным подразделением управления стратегического развития и менеджмента качества АО «Республиканский детский реабилитационный центр» (АО «РДРЦ»). Штат службы укомплектован специалистами на 83%, обладающими достаточной квалификацией и стажем работы.

Отделом менеджмента качества и безопасности пациентов разработаны и утверждены Программа и план организации управления качеством медицинской помощи в реабилитационном центре.

В процессе обеспечения качества медицинской помощи важная роль отводится индикаторам качества медицинской помощи, объективно отражающим ее результат и позволяющие контролировать отклонения на основных этапах процесса диагностики и лечения.

Основными ключевыми моментами, разработанных индикаторов, являются:

- своевременный осмотр больных в приемном отделении и в отделениях стационара;
- наличие в медицинских картах стационарных больных плана обследования и лечения;
- своевременное и правильное обоснование клинического диагноза;
- своевременность коллегиальных осмотров тяжелых больных;
- своевременное консультирование профильными специалистами по сопутствующей патологии;
- своевременность назначения и рациональность лечения;
- обеспечение мониторинга за качеством оказания реабилитационной помощи пациентам;
- выписка пациента согласно установленным правилам.

Специалистами отдела менеджмента качества и безопасности пациентов регулярно проводится мониторинг за качеством оказания реабилитационных мероприятий детям на основании разработанных индикаторов.

Внутренняя экспертиза качества медицинских услуг в АО «РДРЦ» состоит из 3-х уровней: самоконтроля, контроля на уровне руководителей подразделений и контроля, осуществляемого отделом менеджмента качества [3].

С целью объективной оценки самоконтроля с участием экспертов отдела менеджмента качества и безопасности пациентов разработан алгоритм ведения реабилитационной карты.

В АО «РДРЦ» разработаны клинические Протокола по детской реабилитологии по 21 нозологии, которые утверждены решением Экспертного совета по стандартизации МЗ РК от 9 марта 2010 года.

Согласно утвержденного перечня случаев подлежащих обязательной оценке и анализу, отделом менеджмента качества и безопасности пациентов проводится мониторинг следующих случаев: ранняя выписка пациентов, случаи внутрибольничной инфекции, случаи обращения граждан на некачественное оказание реабилитационной помощи, обоснованность назначения антибактериальной терапии. При назначении антибиотиков рекомендовано соблюдать алгоритмы назначения антибактериальной терапии (признаки бактериального воспаления, дифференциальная диагностика с вирусными заболеваниями) с последующей записью в медицинской документации.

За 2010-2011 годы значительно снизился удельный вес необоснованного назначения антибактериальной терапии, излишнее назначение медикаментов (полипрагмазия), ранней выписки, некачественного ведения медицинской документации (за 9 месяцев 2010г. - 43%, за 9 месяцев 2011г. - 24%).

С целью улучшения качества медицинских услуг, предоставляемых специалистами АО «РДРЦ», отделом менеджмента качества и безопасности пациентов на постоянной основе проводится конфиденциальное анкетирование больных всех отделений.

Повысился процент удовлетворенности пациентов качеством реабилитационных услуг (за 9 месяцев 2010г. – 88%, за 9 месяцев 2011года – 94%).

**Экспертиза качества медицинских услуг включает в себя:**

- 1) определение объема и качества оказываемой реабилитационной помощи;
- 2) определение соответствия уровня квалификации медицинских работников требованиям нормативно-правовых актов РК;
- 3) определение соответствия укомплектованности медицинским оборудованием установленным нормативам;
- 4) определение степени удовлетворенности граждан уровнем и качеством оказываемых медицинских услуг;
- 5) выявление причин оказания некачественных медицинских услуг, принятие мер по их устранению и совершенствованию оказания медицинской помощи [4].

С целью непрерывного улучшения качества медицинских услуг в АО «РДРЦ», а также для эффективного внедрения и получения международной аккредитации JCI, в соответствии с приказом Председателя Правления АО «РДРЦ», разработан и утвержден План мероприятий по внедрению международных стандартов аккредитации JCI.

Отделом менеджмента ведется дальнейшая работа по разработке новых и усовершенствованию действующих Стандартов операционных процедур с учетом их приоритетности с последующим контролем их исполнения.

**Литература:**

1. Раисова К.А. «Внедрение системы менеджмента качества» 2008 год.
2. АО «Национальный медицинский холдинг» - Политика управления качеством медицинских услуг и безопасности пациентов, 2011 год.
3. Приказ МЗ РК от 24 марта 2011 года № 152 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».
4. Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения» 2009 г., ст. 58.

**Түйіндеме**  
**РЕСПУБЛИКАЛЫҚ БАЛАЛАРДЫ ОҢАЛТУ ОРТАЛЫҒЫ**  
**ҚЫЗМЕТІНДЕГІ САПА МЕНЕДЖМЕНТІНІҢ ЖҮЙЕСІ**

**А.З. Қасымова, Г.К. Садыбаева, К.К. Мұсағалиева,**  
**Р.Т. Кенжебекова, З.А. Анарқұлова, М.С. Қадырбаева**

Сапа менеджментінің жүйесі – бұл ұйымдағы барлық үдерістің орындалуы мен бақылау ережесін нақты сипаттайтын, құжаттар жиынтығы түрінде құрылатын ұйымның тауары мен қызметінің сапасын басқару жүйесі.

Сапа менеджменті жүйесінің мақсаты:

- мекеменің ИСО халықаралық стандарттарына сәйкес келетін бейіні бойынша ұсынылатын медициналық қызмет сапасын жақсарту және тұтынушылардың қанағаттанушылықтарын арттыру.

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексіне сәйкес, «Ұлттық медициналық холдинг» АҚ басқармасымен Холдингтің еншілес ұйымдарында медициналық қызмет сапасын және пациенттер қауіпсіздігін басқару Саясаты әзірленді.

Медициналық қызмет сапасын және пациенттер қауіпсіздігін басқару Саясатын іске асыру үшін Холдингтің еншілес ұйымдарында медициналық қызмет сапасының менеджменті және пациенттер қауіпсізді бөлімдері қызмет атқарады.

Негізгі сөздер: сапа менеджментінің жүйесі, медициналық қызмет сапасын басқару Саясаты, медициналық қызмет сапасының менеджменті және пациенттер қауіпсізді бөлімі, ИСО халықаралық стандарттары.

**Summary**  
**THE MANAGEMENT QUALITY SYSTEM IN REPUBLICAN**  
**CHILDREN'S REHABILITATION CENTRE**

**A.Z. Kasymova, G.K. Sadybayeva, K.K. Musagaliyeva,**  
**R.T. Kenzhebekova, Z.A. Anarkulova, M.S. Kadyrbayeva**

The management quality system is the control of quality system of commodity and service in organization, which is created in complete set of documents with description of accurate rules of implementation and control all processes in organization.

In the aim of quality management:

-Improve quality of assignable medical service in side view of establishment, which are responded to international standardized demands and rise up the concumer's satisfaction.

The administration politics of medical services and patient's safety in Holding's filial organizations was developed by administration of National Medical Holding in compliance with code of the Republic of Kazakhstan.

There are management divisions of quality medical care and patient's safety which are functioning in filial Holding's organizations in aim of implementation the administration's politics of medical service quality.

Key words: quality of management system, administration's politic of medical service's quality, the section of medical service management and patient's safety, international standards.

УДК: 616-038.83-052-082:364.444

## УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА

*Ш. А. Булекбаева, Ш.Х. Оспанова*

*Республиканский детский реабилитационный центр, г. Астана*

Для повышения эффективности и качества управления важное значение имеет анализ мнения непосредственных потребителей, применительно к здравоохранению - пациентов. С целью оценки эффективности деятельности системы здравоохранения необходимо владеть информацией не только объективного, но и субъективного характера [1-4].

С целью изучения уровня удовлетворенности пациентов доступностью и качеством реабилитационной помощи нами проведено медико-социологическое исследование на базе Республиканского детского реабилитационного центра.

Объектом исследования явились родители пациентов, находившиеся на реабилитации. Сбор статистического материала проводился методом анкетирования. Всего было заполнено 702 карты. Удовлетворенность реабилитационной помощью оценивалась по 15 параметрам: вежливость врачей; знания врачей; доступность объяснения врача; знания медсестер; вежливость медсестер; вежливость воспитателей, педагогов; доступность обучения в «Школе мам», «школе диабета»; организация приема пациентов в приемном отделении; бытовые условия; своевременность назначения и проведения обследования; информативность указателей; качество диагностики; качество первичного осмотра врача приемного отделения; качество реабилитации; качество реабилитационной помощи в целом.

Удовлетворенность пациентов определялась с помощью оценочной шкалы, где 1 – не доволен, 2- нейтрален, 3- доволен, 4- очень доволен. К независимым факторам отнесены социально-демографические (пол и возраст ребенка, возраст матери, семейное положение, образование, занятость, место жительства) и экономические (доход семьи).

По нашим данным, в составе изученного контингента преобладали мальчики (58,4%), по возрасту: от 1-3 лет – 19,3%, от 4-7 лет- 41,6%, от 8-11 лет-19,3%, от 12-18 лет -19,8%.

При группировке обследуемых по месту жительства городские составили 64,3%, сельские - 35,6%.

Для характеристики материального благосостояния была проведена группировка изученного контингента с учетом величины прожиточного минимума

(15 999 тг. на каждого члена семьи). В результате все обследуемые лица были разделены на три группы:

- малообеспеченные (33,7%) – живущие в состоянии бедности, когда доход семьи ниже прожиточного минимума;
- относительно бедные (28,2%) – живущие в состоянии относительной бедности, имеющие среднедушевые доходы в пределах от прожиточного минимума до среднего уровня дохода на одного члена семьи;
- обеспеченные (38,1%)- лица, величина среднедушевых доходов которых выше среднего уровня доходов на душу населения.

По итогам факторного анализа было сформировано 3 группы параметров удовлетворенности пациентов реабилитационной помощью:

1 группа (фактор 1) – квалификационная, объединила 7 составляющих: вежливость врачей, медицинских сестер, педагогов и воспитателей, знания врачей и медицинских сестер, доступность объяснений лечащего врача и доступность обучения в «школе мам» и «школе диабета».

2 группа (фактор 2) – организационная, объединила 4 переменных: организация приема пациентов в приемном отделении, своевременность назначения и проведения обследования, бытовые условия, информативность указателей.

3 группа (фактор 3) – качество и безопасность реабилитации, включала 4 составляющих: качество первичного осмотра врача приемного покоя, качество диагностики и реабилитации, качество реабилитационной помощи в целом.

Изучена удовлетворенность пациентов по отдельным группам параметров. Так, уровень доходов и место проживания значительно не влияют на степень удовлетворенности пациентов квалификационными характеристиками медицинского и педагогического персонала. Вместе с тем, по отдельным параметрам выявлены статистически значимые различия в зависимости от социально-демографического статуса пациентов.

Таким образом, параметры 1 фактора все респонденты (городские и сельские), не зависимо от места жительства оценили высоко (2,80 балла). Одинаковую оценку дали все респонденты знаниям врачей (3,14 балла) и медицинских сестер (2,90 балла), вежливому обслуживанию врачей (3,28 балла) и воспитателей и педагогов (3,15 балла). Тем не менее, давая оценку квалификационным характеристикам персонала, респонденты сельских местностей проявили большую удовлетворенность, в сравнении с городскими жителями.

Так, респонденты сельских регионов дали высокую оценку вежливости медицинских сестер, оценив ее в среднем в 3,23 балла, тогда как респонденты, проживающие в городах республики, оценили вежливость медсестер в 2,95 балла ( $t=3,86$ ;  $p<0,05$ ). Доступность объяснения лечащего врача сельские жители оценили в 3,16 балла, городские - в 2,94 балла ( $t=3,03$ ;  $p<0,05$ ); доступность обучения в «школе мам» сельские жители оценили в 2,61 балла, городские - в 2,35 балла ( $t=4,71$ ;  $p<0,05$ ).

**Коэффициент удовлетворенности пациентов  
реабилитационной помощью, в баллах**

наименование параметра и его составляющих	Место жительства		M <sub>ср</sub> ±m <sub>ср</sub> в среднем	t
	M <sub>1</sub> ± m <sub>1</sub> город	M <sub>2</sub> ± m <sub>2</sub> село		
<b>квалификационный фактор:</b>	<b>2.89±0,04</b>	<b>2.89± 0,05</b>	<b>2.80 ±0,04</b>	
вежливость врачей	3.26±0,04	3.36 ±0,05	3.28 ±0,04	1.67
знания врачей	3.15±0,04	3.14 ±0,06	3.14 ±0,05	0.12
знания медсестер	3.87±0,04	2.97 ±0,05	2.90 ±0,04	1.64
вежливость медсестер	2.95±0,04	3.23 ±0,06	3.05 ±0,05	3.86*
вежливость воспитателей, педагогов	3.12±0,03	3.21 ±0,06	3.15 ±0,04	1.46
доступность объяснения врача	2.94±0,04	3.16 ±0,07	3.02 ±0,05	3.03*
доступность обучения в «Школе мам», «школе диабета»	2.35±0,02	2.61 ±0,05	2.41 ±0,04	4.71*
<b>организационный фактор:</b>	<b>2.57±0,04</b>	<b>2.64 ±0,06</b>	<b>2.60 ±0,05</b>	
организация приема пациентов в приемном отделении	2.67±0,04	2.81 ±0,07	2.73 ±0,05	1.86
бытовые условия	3.02±0,05	3.08 ±0,08	3.04 ±0,06	0.84
своевременность назначения и проведения обследования	2.76±0,04	2.81 ±0,07	2.78 ±0,05	0.79
информативность указателей	2.64±0,03	2.66 ±0,04	2.65 ±0,03	0.66
<b>качество и безопасность:</b>	<b>2.70±0,04</b>	<b>2.90 ±0,05</b>	<b>2.81 ±0,04</b>	
качество диагностики	2.90±0,03	3.11±0,04	2.97±0,03	2.73*
качество первичного осмотра врача приемного отделения	2.82±0,04	2.95±0,05	2.87±0,04	2.33*
качество реабилитации	2.90±0,05	3.07±0,05	2.96±0,04	2.6*
качество реабилитационной помощи в целом	3.01±0,04	3.21±0,05	3.08±0,04	3.01*

Удовлетворенность параметрами организационного фактора: организация приема пациентов в приемном отделении, бытовые условия, своевременность назначения и проведения обследования и информативность указателей в среднем составила 2,60 балла и не зависела от места жительства опрошенных пациентов.

При анализе параметров 3 фактора (качество и безопасность) нами выявлена обратная зависимость между местожительством и величиной удовлетворенности пациентов качеством реабилитации. По нашим данным горожане менее удовлетворены качеством реабилитации, чем сельские жители. Качество диагностики горожане оценили в 2,9 балла, сельские жители – 3,11 баллов (t=2,73; p<0.05). Качество первичного осмотра приемного отделения горожане оценили 2,82 балла, сельские жители - 2,95 баллов (t= 2,33; p<0.05). Качество реабилитации горожане оценили в 2,9 баллов, сельские – 3,07 баллов (t=2,6; p<0,05). Качество реабилитационной помощи в целом горожане оценили в 3,01 балл, сельчане – 3,21 балл (t= 3,01; p<0,05).

Таблица 2.

**Распределение коэффициента удовлетворенности пациентов  
с учетом среднедушевого дохода, в баллах**

Наименование параметра и его составляющих	Среднедушевой доход			M <sub>ср</sub> +m <sub>ср</sub> (в среднем)	t
	M <sub>1</sub> +m <sub>1</sub> (малообеспеченные)	M <sub>2</sub> +m <sub>2</sub> (отн. бедные)	M <sub>3</sub> +m <sub>3</sub> (обеспеченные)		
<b>квалификационный фактор:</b>	<b>2.69±0,05</b>	<b>2.82±0,05</b>	<b>2.85±0,04</b>	<b>2.80±0,04</b>	
вежливость врачей	3.20±0,06	3.26±0,05	3.35±0,05	3.27±0,05	1.86
знания врачей	3.07±0,06	3.14±0,05	3.31±0,05	3.18±0,05	2.68*
знания медсестер	2.88±0,06	2.89±0,05	2.94±0,04	2.91±0,05	0.74
вежливость медсестер	2.94±0,07	3.14±0,06	3.14±0,04	3.07±0,05	2.28*
вежливость воспитателей, педагогов	3.07±0,06	3.28±0,05	3.15±0,05	3.16±0,05	1.0
доступность объяснения врача	2.76±0,05	3.01±0,06	3.07±0,06	2.95±0,05	3.74*
доступность обучения в «Школе мам», «школе диабета»	2.32±0,03	2.45±0,04	2.44±0,03	2.40±0,03	2.27*
<b>организационный фактор:</b>	<b>2.59±0,06</b>	<b>2.66±0,06</b>	<b>2.67±0,06</b>	<b>2.64±0,06</b>	
организация приема пациентов в приемном отделении	2.86±0,07				
бытовые условия	2.94±0,07	2.78±0,06	2.8±0,06	2.82±0,06	0.64
		3.05±0,07	3.16±0,06	3.05±0,06	2.25*
своевременность назначения и проведения обследования	2.72±0,07	2.92±0,07	2.8±0,04	2.81±0,05	0.96
информативность указателей	2.64±0,05	2.71±0,05	2.74±0,03	2.70±0,04	1.45
<b>качество и безопасность:</b>	<b>2.70±0,05</b>	<b>2.83±0,05</b>	<b>2.85±0,05</b>	<b>2.83±0,05</b>	
качество диагностики	2.94±0,05	3.03±0,04	2.98±0,05	2.98±0,04	0.5
качество первичного осмотра врача приемного отделения	2.80±0,05	2.82±0,05	3.05±0,04	2.90±0,04	3.44*
качество реабилитации	2.86±0,05	3.12±0,06	3.06±0,06	3.14±0,05	2.47*
качество реабилитационной помощи в целом	3.02±0,05	3.17±0,06	3.12±0,06	3.10±0,05	1.83

Удовлетворенность пациентов квалификационными характеристиками персонала зависит от дохода семьи. Так, к знанию врача более требовательны оказались малообеспеченные (3,07 балла), чем относительно бедные (3,14 балла) и обеспеченные граждане (3,31 балла) (t=2,68; p<0,05). В оценке вежливости медсестер более требовательны также малообеспеченные граждане (2,94 балла), относительно бедные и обеспеченные одинаково высоко оценили вежливость медсестер (3,14 балла) (t= 2,28; p<0,05). Доступность объяснений лечащего врача малообеспеченные оценили в 2,76 балла, относительно бедные и обеспеченные одинаково оценили в 3,01 балл (t= 3,74; p<0,05). Доступность обучения в «школе мам» малообеспеченные оценили в 2,32 балла, относительно бедные – 2,45 балла и

обеспеченные – 2,44 балла ( $t= 2,27$ ;  $p<0,05$ ). При этом на удовлетворенность вежливостью врачей (3,27 балла), педагогов и воспитателей (3,16 балла) и знания медсестер (2,91 балла) не влияло от дохода семьи.

Параметрами организационного фактора одинаково удовлетворены как малообеспеченные, так и относительно бедные и обеспеченные респонденты.

Организацию приема пациентов в приемном отделении респонденты оценили в 2,80 балла. Также высоко оценили своевременность назначения и проведения обследования (2,81 балл), информативность указателей оценено в 2,70 балла.

Удовлетворенность комфортом и уютом в зависимости от среднедушевого дохода семьи имеет свои различия. Так, несмотря на то, что центр построен по мировым стандартам, где комфорт, уют и безопасность пребывания пациентов на высоком уровне, тем не менее, по результатам нашего исследования малообеспеченные пациенты бытовые условия оценили ниже (2,94 балла), чем относительно бедные – 3,05 балла и обеспеченные пациенты – 3,16 балла ( $t= 2,25$ ;  $p<0,05$ ).

Удовлетворенность пациентов качеством и безопасностью зависела и от доходов семьи. Так, качество первичного осмотра врача приемного покоя и качество реабилитации оценили ниже малообеспеченные пациенты (2,94 и 2,8 баллов соответственно), относительно бедные пациенты по данным параметрам оценили в 2,82 и 3,12 баллов соответственно, обеспеченные пациенты оценили в 3,05 и 3,06 баллов соответственно ( $t= 3,44$ ;  $p<0,05$ ,  $t=2,47$ ;  $p<0,05$  соответственно). Качество диагностики все респонденты оценили одинаково высоко в среднем в 2,98 балла и удовлетворенность качеством реабилитационной помощи оценено в не зависимости от дохода всеми респондентами очень высоко (3,1 балла).

Таким образом, совокупная удовлетворенность населения реабилитационной помощью достаточно высока, так квалификационными характеристиками медицинского персонала – 2,8 балла, организацией медицинской помощи – 2,6 балла, качеством и безопасностью реабилитационной помощи – 2,8 балла по 4-балльной шкале.

При анализе данных анкетирования нами выявлена обратная зависимость между местом жительства и величиной удовлетворенности пациентов качеством реабилитации. По нашим данным горожане менее удовлетворены качеством реабилитации, чем сельские жители.

Малообеспеченные граждане оказались более требовательны к работе центра, чем относительно бедные и обеспеченные пациенты.

Несомненно, налаженный мониторинг удовлетворенности пациентов оказываемыми в многопрофильном реабилитационном Центре услугами позволяет активно и своевременно управлять ситуацией, а значит, и качеством медицинской помощи.

Степень удовлетворенности пациентов можно использовать для решения проблемы повышения результативности медико-педагогической помощи, в частности, с целью совершенствования личностно-профессиональных и этико-деонтологических качеств медицинских и педагогических работников, а также для оценки их деятельности при использовании материальных методов стимулирования.

### **Литература:**

1. Красильников А. В. Анкетирование пациентов как критерий оценки качества медицинской услуги // Проблемы управления здравоохранением. - 2005. - № 1. - Т. 20. - С 34-39.
2. Плеханов А.Н., Занданов А.О., Семенищева Е.А., Веиццкий В.П. Пути повышения качества медицинской помощи населению // Главврач. - 2005. - № 1. - С. 24-28.
3. Преображенская В.С., Данилова И.В., Гени-атулина Т.Н. и др. Стандарты медицинской помощи в современном здравоохранении // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 1997. - № 2. - С. 18-20.
4. Шишкина И. Б. Сорокина Н. В., Вардосанидзе С. Л., Лихота А. И. – Удовлетворенность пациентов как критерий оценки качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре // Проблемы управления здравоохранением – 2006 - №5 с. 22-26.

## **Түйіндеме АУРУЛАРДЫҢ ҚАНАҒАТТАНУЫ ОҢАЛТУ КӨМЕГІНІҢ САПА БАҒАСЫНЫҢ ӨЛШЕМІ**

**Ш. А. Бөлекбаева, Ш.Х. Оспанова**

Мақалада көп салалы Республикалық балаларды оңалту орталығындағы денсаулық сақтау көмегінің сапа бағаның жақсаруына аурулардың пікірінің маңызы бейнеленген.

Маңызды сөздер: аурулардың қанағаттануы, сұрақ-сауал жүргізу, денсаулық сақтау көмегінің сапасы.

### **Summary**

**Patient satisfaction of rehabilitation aid depending on the social status**

**S.A. Bulekbaeva, S. Ospanova**

The article reflects the role of patients opinion to assess the quality of care. The center conducted an anonymous questionnaire the results of which are analyzed to improve the quality of medical care.

Key words: patient satisfaction, questionnaire, quality of medical care.

УДК: 612.822:159.922

## НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ ЧЕЛОВЕКА

*Л.У. Асылбекова*

*Академия государственного управления при Президенте РК, Астана*

В современных условиях изучение адаптивных возможностей человека к временным параметрам внешней среды имеет значение, как в прикладном, так и в теоретическом аспектах. Важность первого обусловлена тем, что целый ряд профессий предъявляет повышенные требования к работоспособности в экстремальных ситуациях, восстановления напряженного состояния в предельно короткие сроки. В теоретическом плане особую ценность приобретают исследование психосоматических и физиологических механизмов, лежащих в основе функционального состояния к временным параметрам внешней среды [1-5].

Понятие «функциональное состояние» является фундаментальным и широко распространенным в прикладной физиологии, нейрофизиологии, психологии и медицине. Функциональное состояние рассматривается как комплекс наличных характеристик тех функций и качеств человека, которые прямо или косвенно обуславливают выполнение трудовой деятельности [6]. Основываясь на данной методологии оценки функционального состояния, динамическим его компонентом является функциональная надежность, отражающая профессионально-специализированную устойчивость и резервные возможности систем организма человека по обеспечению высокой профессиональной работоспособности (эффективности и безопасности деятельности) в любых (в том числе экстремальных) профессиональных условиях [7].

Высокий темп и большие скорости, возросшая ответственность, наличие нервно-эмоциональных компонентов и конфликтных ситуаций, дефицита времени, гипокинезии и монотонности повышает требования не только к здоровью работника, но и оценке их индивидуальных психофизиологических характеристик для поддержания высокой работоспособности [8]. В этой связи особую актуальность при подборе кадров приобретает проблема психофизиологического отбора людей, обладающих определенным уровнем адаптационных возможностей [9].

Адаптация человека к новым условиям среды осуществляется за счет физиологических и морфологических изменений в организме, а также поведенческих реакций и имеет выраженную индивидуальную зависимость. Адаптивная изменчивость более четко проявляется в экстремальных ситуациях, где наиболее ярко выступают гено- и фенотипические особенности человека. По мнению Н.Н. Василевского и соавторов [10-12] при действии факторов среды

чрезвычайно важно учитывать индивидуальные различия регуляции функционирования и адаптационного реагирования.

Под пластичностью нейродинамических процессов понимают способность нервной системы быстро перестраиваться на новый уровень функционирования и поддерживать его в соответствии с потребностью внешней среды.

Подразделяют три типа пластичности: высокоадаптивный (корковое доминирование – I тип); среднеадаптивный (корково-лимбическое доминирование – II тип); низкоадаптивный (лимбико-стволовое доминирование – III тип). В качестве определяющего показателя используется сумма нормированных условных вероятностей взаимного следования альфа-волн в электроэнцефалограмме (ЭЭГ) правого и левого полушария. Затем все значения вероятностей группируются в 7 классов с шагом 0,1 от 0,7 до 1,6. По нормированной условной вероятности взаимного следования альфа-волн в ЭЭГ правого полушария определяется тип адаптивной пластичности мозга. Выявлено, что высоким уровнем пластичности, лучшими адаптационными возможностями, устойчивой профессиональной деятельностью обладают лица, в структуре взаимодействия компонентов ЭЭГ которых имеется большое число устойчивых взаимосвязей отдельных компонентов с альфа-ритмом [13].

Система кровообращения может рассматриваться как чувствительный индикатор адаптационных реакций целостного организма. В основе данного подхода лежит представление о вариабельности ритма сердца, как о результате влияния на систему кровообращения многочисленных регуляторных механизмов нервных, гормональных и гуморальных.

Любая профессиональная деятельность может быть оценена анализом структуры синусового сердечного ритма, позволяющим получить информацию о текущем взаимодействии звеньев управления деятельностью сердца (интегральный показатель реактивности) и судить о характере защитно-приспособительных реакций организма. Применение метода кардиоинтервалографии (КИГ) рассматривается нами как универсальный метод функционального исследования, позволяющий получить объективную информацию о состоянии неспецифических механизмов, направленных на поддержание гомеостаза в различной профессиональной деятельности.

«Классическая» оценка показателей вариабельности ритма сердца изложена в работах Р.М. Баевского и соавторов [14]. Основное положение взгляда авторов на математический анализ сердечного ритма можно рассматривать в виде системы управления ритмом сердца, состоящей из двух контуров: центрального и автономного (рис.1).

Рабочими структурами автономного контура регуляции являются синусовый узел, блуждающие нервы и их ядра в продолговатом мозгу (контур парасимпатической регуляции). При этом дыхательная система рассматривается

как элемент обратной связи в автономном контуре регуляции сердечного ритма.

Центральный контур регуляции сердечного ритма можно схематично представить состоящим из трех уровней. Этим уровням соответствуют не столько анатомо-морфологические структуры мозга, сколько определенные функциональные системы или уровни регуляции:

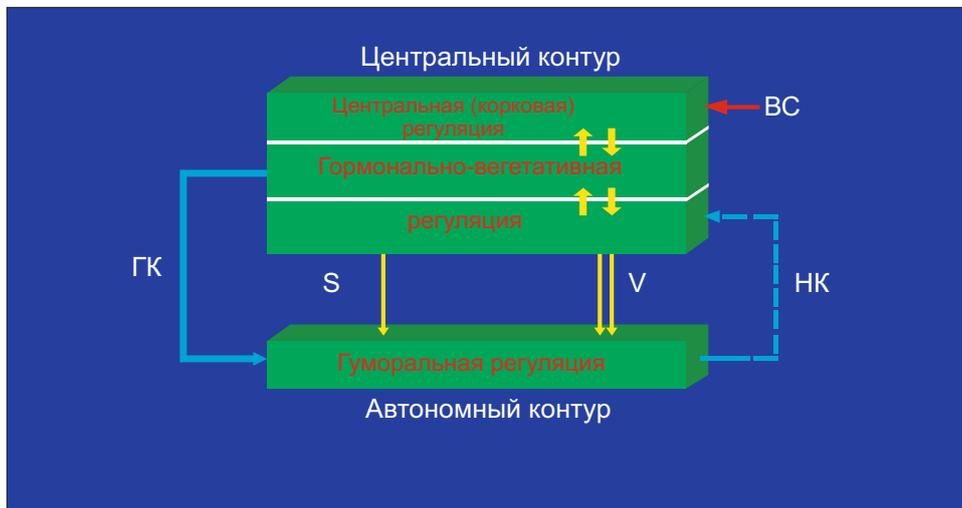


Рис. 1. Система управления ритмом сердца

1-й уровень отражает взаимодействие организма с внешней средой (адаптация организма к внешним воздействиям). К нему относится центральная нервная система, включая корковые механизмы регуляции, координирующая функциональную деятельность всех систем организма в соответствии с воздействием факторов внешней среды.

2-й уровень осуществляет равновесие различных систем организма между собой и обеспечивает межсистемный гомеостаз. Основную роль в этом уровне играют высшие вегетативные центры (в том числе, гипоталамо-гипофизарная система), обеспечивающие гормонально-вегетативный гомеостаз.

3-уровень обеспечивает внутрисистемный гомеостаз различных систем организма, в частности, в кардиореспираторной системе (систему кровообращения и систему дыхания можно рассматривать как единую функциональную систему). Здесь ведущую роль играет вазомоторный центр, как часть подкоркового сердечно-сосудистого центра, оказывающего стимулирующее или угнетающее действие на сердце через волокна симпатических нервов.

Выделение указанных уровней является условным и заключается в том, что по соотношению активности различных контуров регуляции сердечного ритма можно судить о степени напряжения регуляторных механизмов. Чем выше централизация управлением ритмом сердца, тем больше напряжение регуляторных механизмов, тем выше «физиологическая цена» адаптации [15].

Современная диагностика, основанная на вариабельности сердечного ритма,

стала возможной с внедрением компьютерных технологий. В основу ее положены методы спектрального анализа и математического моделирования управления variability сердечного ритма. Их рациональное сочетание позволяет по variability сердечного ритма, как исходной информации, определять совокупность ключевых параметров гуморальной и вегетативной регуляции. Эти параметры и составляют базу диагностики, контроля, прогнозирования и профилактики состояния здоровья человека [16, 17].

Впервые в практику психофизиологической деятельности Комитета национальной безопасности Республики Казахстан внедрен биокомпьютерный комплекс «РИТМ» (1999 год), разработанный в Национальном научно-техническом Центре Республики Казахстан, относящийся к категории высоких медицинских технологий. Он состоит в удобной скрининговой эксплуатации при одновременном съеме показателей кардиоинтервалограммы, биопотенциалов мозга с оценкой пластичности нейродинамических процессов и получением индивидуально-типологических характеристик, а также проведением непосредственно биоуправления по кардиоинтервалограмме (далее–КИГ) и электроэнцефалограмме (далее–ЭЭГ). С 2000 года он разрешен Министерством здравоохранения Республики Казахстан к применению в медико-психологической практике на территории Казахстана.

Данный комплекс решает многочисленные задачи, связанные с необходимостью оперативной оценки функционального состояния сотрудника в особых условиях, и принятия своевременных мер по поддержанию работоспособности всех его составляющих. На настоящий момент, он является перспективной человеко-машинной системой, которая автоматически может регистрировать особое состояние человека, что позволяет избежать возможные, прогностически неблагоприятные, ситуации в оперативно-служебной деятельности, либо ошибок в производственной деятельности сотрудника в результате ухудшения его состояния.

Методика регистрации и определения адаптивной пластичности мозга и оценки функционального состояния по волновой структуре сердечного ритма на БКК «Ритм».

Обследуемый человек помещается в удобном кресле в полузатемненной, звуконепропускаемой комнате в состоянии оперативного покоя, которое требует 5-10-ти минутного отдыха в расслабленном состоянии. Монитор устанавливается на расстоянии 1,5 метра от испытуемого, на которого накладывается электроэнцефалографический шлем в виде шлем-повязки, на палец руки надевается датчик-пульсометр. Съем показателей производится в реальном режиме времени. После ввода паспортных данных на экране монитора (рис.2) появляется изображение данных ЭЭГ правого и левого полушарий и ритмограммы сердца:

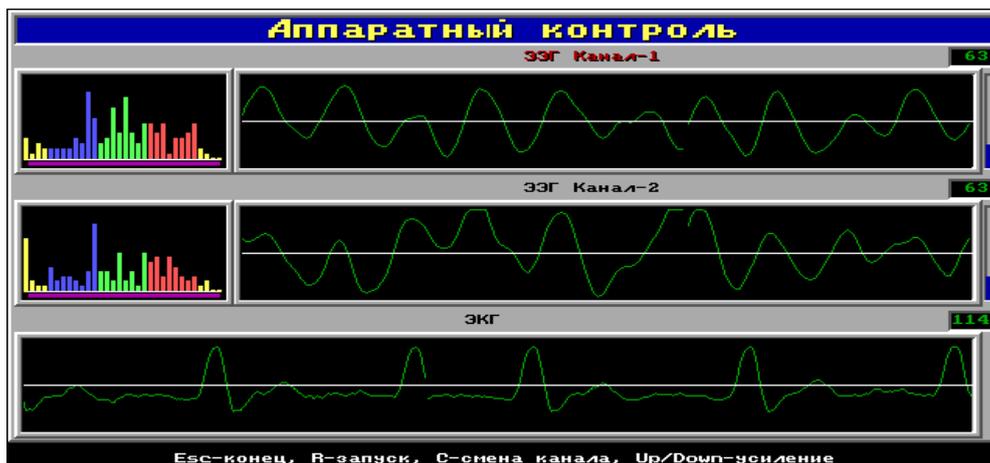


Рис. 2. Данные ЭЭГ правого и левого полушарий и ритмограммы сердца

Гистограмма свидетельствует о наличии правильного сигнала: низкая амплитуда гистограмм желтого цвета с левой стороны говорит о мышечном расслаблении лица, головы, шеи, а с правой стороны – о правильном наложении датчиков. Высокая амплитуда сигналов свидетельствует о наличии артефактов и помех.

Программа заканчивается с выдачей на экран обработки результатов в форме протокола (рис.3).

Следует отметить, что при использовании биоэлектронного компьютерного комплекса «РИТМ» (РК–МТ–3–№00545–2000) время, ранее затрачиваемое на обработку результатов, снизилось от 1,5 часов до нескольких минут.

В результате исследования (в течение 8-10 минут) выявляются достаточно прогнозируемые показатели экспресс-диагностики вегетативной нервной системы, которые определяются по данным статистического и спектрального анализа волновой структуры кардиоинтервалограммы: частоты сердечных сокращений (ЧСС), индекса напряжения регуляторных систем (ИН), моды ( $M_0$ ), амплитуды моды ( $A_{M_0}$ ), RR-интервалов (RR-min, RR-max), дисперсии ( $\sigma^2$ ), коэффициента вариации (CV), вегетативного показателя ритма (ВПР), индекса вегетативного равновесия (ИВР), показателя активности процессов регуляции (ПАПР) и разработанного на основе этих данных количественного алгоритма – показателя активности регуляторных систем (ПАРС). ПАРС характеризует активность регуляторных систем в целом, которая зависит от общей реакции организма на воздействие факторов окружающей среды [18].

Диагностическая оценка кардиоинтервалограммы служит для прогнозирования влияния регуляторных механизмов (в том числе, вегетативной нервной системы) на синусовый сердечный узел, который является не только водителем ритма сердца, но и индикатором функционирования всех регулирующих систем организма [19].

Следует обратить внимание и на экспресс-диагностику индивидуальной

ПОСТ. АНАЛИЗ (длительность сеанса: 487 сек.)

Код: TGS, Номер: 3. Дата: 09.08.2009 10:17, КУ: 63, 63

Ф.И.О. пациента: T.G.S.

Место проведения: ПФЛ

Канал-1 (правое полушарие)

Канал-2 (левое полушарие)

1. Матрица переходных вероятностей электроэнцефалограммы:

(ОГ)

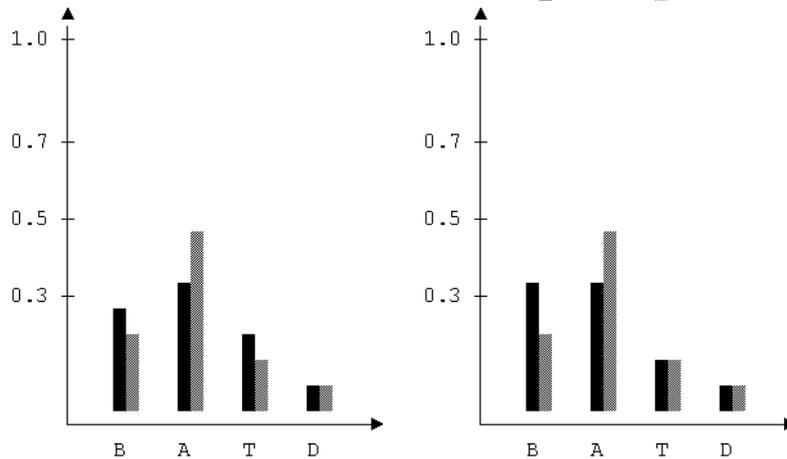
	В	А	Т	Д		В	А	Т	Д
В	0.341	0.406	0.188	0.063	В	0.389	0.390	0.180	0.039
А	0.322	0.379	0.203	0.094	А	0.348	0.372	0.206	0.073
Т	0.284	0.335	0.228	0.151	Т	0.339	0.336	0.223	0.100
Д	0.250	0.295	0.250	0.204	Д	0.365	0.268	0.186	0.179

(ЗГ)

	В	А	Т	Д		В	А	Т	Д
В	0.268	0.463	0.190	0.077	В	0.278	0.438	0.210	0
А	0.231	0.556	0.134	0.077	А	0.211	0.589	0.136	0.061
Т	0.265	0.414	0.183	0.136	Т	0.270	0.479	0.148	0.101
Д	0.150	0.451	0.182	0.215	Д	0.141	0.487	0.166	0.205

2. Среднеинтегральные характеристики основных ритмов:

3. Гистограмма индексов основных ритмов: ■ - ОГ, ▨ - ЗГ



4. Тип пластичности: 2  
 Коэффициент реактивности по  $\alpha$ -ритму = 0.738  
 Нейродинамический баланс (ЗГ):  $q=-0.05$   
 Функциональное состояние (ЗГ): Оптимум

Тип пластичности: 2  
 Коэффициент реактивности по  $\alpha$ -ритму = 0.689  
 $q=-0.02$   
 Оптимум

5. Амплитуда основных ритмов:

	В	А	Т	Д	В	А	Т	Д
Ампл. мкВ (ОГ)	13,8	25,5	36,7	44,7	13,5	24,2	33,6	41,1
Ампл. мкВ (ЗГ)	15,3	34,5	41,5	51,9	15,1	31,0	37,2	47,1

Рис. 3. Обработанные результаты исследования на экране монитора.

пластичности головного мозга, которая является одним из ведущих моментов в объяснении и определении психофизиологического портрета человека в экстремальных, стрессовых ситуациях, что позволяет широко использовать данный вариант ЭЭГ в практике профотбора и разрабатывать определенные схемы коррекции.

Таким образом, биокомпьютерный комплекс «РИТМ» позволяет выполнить диагностическую функцию – определение типов адаптивной пластичности мозга

по взаимоследованию определенных волн электроэнцефалограммы и математический анализ сердечного ритма по кардиоинтервалограмме.

Максимальные перестройки внутрисистемного взаимодействия в сердечно-сосудистой и дыхательной системах отмечаются в первые пять лет работы, с ростом же стажа усиливается межсистемное взаимодействие, включаются изменения крови и биохимических показателей. Соответственно, со стажем оптимизация функционального состояния лиц, профессиональная деятельность которых находится в постоянном нервно-эмоциональном напряжении, состоит во включении потенциально возможных компонентов в формирование усиленных взаимосвязей [20].

Таким образом, перспективы использования инновационного диагностического модуля обеспечивают возможность получения прогностической информации не только о деятельности сердца, но и об изменении состояния всего организма в целом, поскольку нервная и гуморальная регуляции кровообращения изменяются раньше, чем выявляются энергетические, метаболические и гемодинамические нарушения. С возрастом в организме человека происходит подключение все более высших центров регуляции функционального состояния и поиска адаптивного ответа на информационный, психоэмоциональный и стрессовый факторы внешней среды. Данное обстоятельство является необходимым в прогностическом профессиональном отборе лиц, деятельность которых сопряжена с вышеперечисленными производственными факторами.

#### **Литература:**

1. Данилова Н.Н. *Функциональное состояние: механизмы и диагностика.* - М., 1985. 288 с.
2. Судаков К.В. *Функциональные системы организма.* - М., 1987.
3. Макаренко Н.В., Пухов Б.А., Кольченко Н.В. *Основы психофизиологического отбора.* - Киев, 1987.
4. Илюхина В.А. *Проблема функциональных состояний человека с позиций диалектического единства волновых процессов головного мозга, организма и среды обитания // Физиол.журн. СССР. - 1990. - Т.76. - №12. С.1720-1729.*
5. Медведев В.И. *Трудовой деятельности / Основы современной физиологии* - Спб.: Наука, 1993. 528 с.
6. Медведев В.И. // *Эргономика: Принципы и рекомендации.* - М., 1970. - Вып.1. С.137-154.
7. Данилова Н.Н. *Психофизиология.* - М.: Аспект-Пресс, 1998.
8. Навакатикян А.О., Крыжановская В.В., Кальниш В.В. *Физиология и гигиена умственного труда.* - Киев: Здоровье, 1987. 150с.
9. Асылбекова Л.У. *Психофизиологические основы профессионального отбора военнослужащих. Диссертация...доктора психол. наук: 20.03.02.* - Алматы: Академия КНБ РК, 2010. - 299 с.
10. Василевский Н.Н., Сороко С.И., Зингерман А.М. *Психофизиологические основы индивидуально-типологических особенностей мозга человека // Механизмы деятельности мозга человека.* - Л.: Наука, 1988. С. 455-490.
11. Сороко С.И., Бекшаев С.С. *Статистическая структура ритмов ЭЭГ и индивидуальные свойства механизмов саморегуляции мозга // Физиол.журн. СССР. - 1981. т.67, №8. С.1765-1773.*
12. Сороко СИ., Бекшаев С.С., Сидоров Ю.А. *Основные типы механизмов саморегуляции*

мозга. - Л., Наука. ЛО. 1990. 207 с.

13. Бекшаев С.С., Василевский Н.Н., Суворов Н.Б. и др. Комбинаторный подход взаимной статистической зависимости ритмов электроэнцефалограмм / В сб: Адаптивные реакции мозга и их прогнозирование. - Л., Наука. ЛО. 1978. С.117-123.

14. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ сердечного ритма при стрессе. - М.: Наука. 1984. 221 с.

15. Тазетдинов И.Г. Математический анализ сердечного ритма в оценке и прогнозировании физических возможностей организма // Оценка и прогнозирование функционального состояния в прикладной физиологии. 1984. С.538-539.

16. Кипеженас А.К. Характеристики сердечного ритма при адаптации к физическим нагрузкам: Автореф... дисс. канд. 1984.- 16 с.

17. Нидеккер И.Г., Федоров Б.М. Проблема математического анализа сердечного ритма // Физиология чел. 1993. С.46.

18. Баевский Р.М., Кукушкин Ю.А., Марасанов А.В., Романов Е.А. Методика оценки функционального состояния организма человека // Медицина труда и пром. экология. - 1995. № 3. С.30-34.

19. Михайлов В.М. Вариабельность ритма сердца: Опыт практического применения метода. 2002. 288 с.

20. Медведев В.И. Устойчивость физиологических и психологических функций человека при действии экстремальных факторов. - Л., 1982.

### **Түйіндеме**

#### **Адамның жеке өзгешеліктерінің нейрофизиологиялық ерешеліктері**

**Л.У. Асылбекова**

Бас миының жеке пластикалығын бағалау, кәсіби іріктеу тәжірибесінде осы ЭЭГ нұсқасын кең түрде қолдануға және белгілі түзету схемасын жетілдіруге жататын, экстремальды, күйзелістік хал жағдайында адамның психологиялық бейнесін түсіндіру және анықтауда жетекші кезең болып табылады. Функциональдық жағдайы еңбек қызметінің орындалуын тікелей немесе жанама көрсететін адамның сол қызметі мен қасиетінің жеке мінездемесін кешенді қарастырады. Функциональдық жағдайды бағалау осы методологияны, оның динамикалық компонентін негізге ала, кез келген (оның ішінде экстремальды) кәсіби жағдайда кәсіби-мамандандырылған тұрақтылықты және жоғары кәсіби жұмыс қабілеттілігін (қызметтің тиімділігі мен қауіпсіздігі) қамтамасыз ету бойынша, адамның ағза жүйесінің резервтік мүмкіншілігін бейнелейтін функционалдық сенімділік болып табылады.

### **Summary**

#### **Neurophysiological features of individual differences of a man**

**L. Asylbekova**

Evaluation of individual plasticity of the brain is one of the top moments in explaining and defining psycho portrait of a man in extreme, stressful situations, which allows extensive use of this option in the EEG practice and develop certain professional correction scheme. Functional status is regarded as a complex of performance of the functions and qualities of the person who directly or indirectly are responsible for work execution. Basing on this methodology to assess functional status, dynamics of its components are functional reliability, reflecting a professional specialized validity of the stability and backup capabilities of human body systems to ensure high professional work pettiveness (efficacy and safety activities) in all (including the extreme ones) professional conditions.

УДК: 616-073.97:612.821

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОУПРАВЛЕНИЯ ПО ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЕ В КОМПЛЕКСЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

*Л. У. Асылбекова*

*Академия государственного управления при Президенте РК, г. Астана*

Общеизвестно, что процесс жизнедеятельности человека, координируется его мозгом, который осуществляет управление. В свою очередь, процессы данного управления подразделяются на два класса: осознанные и неосознанные. К осознанному типу управления относятся волевые решения и исполнения (кора головного мозга). Но большинство управлений жизнедеятельностью организма осуществляется в неосознанном виде (вегетативная нервная система) – работа сердца, пищеварительных органов, терморегулирование, обмен веществ, работа биологических ритмов головного мозга, сон и т.д. Этот класс регуляторных неосознанных механизмов, выполняемых автоматически, является важнейшим в определении физиологического состояния организма и его возможностей и определяет принцип гомеостаза. Неосознанные регуляторные механизмы являются таковыми, поскольку отсутствует осознанная обратная связь относительно работы системы или органа. Роль подсознательных регуляторных функций мозга чрезвычайно обширна, принципиальна и неоценима [1, 2].

Современной медициной доказано, что неосознанные регуляторные механизмы, в известных пределах и с известными трудностями, также поддаются в ходе специальных тренировок регуляции, если создать искусственную обратную связь, дающую сознанию человека необходимую для управления информацию. При этом симпатические и парасимпатические волокна тесным образом связаны с железами внутренней секреции, стимулируют вегетативно-висцеральный отдел нервной системы, повышают его тонус. Отсюда возникло и закрепилось понятие о единой нейрогуморальной иннервации [3]. Отсюда можно сделать заключение, что суммарная активность электроэнцефалограммы (ЭЭГ) также в преформированном виде отражает функциональную активность мозга. Это положение, получившее многочисленные неоспоримые доказательства, представляется исключительно важным для анализа ЭЭГ, поскольку дает ключ к пониманию того, какие системы мозга определяют внешний вид и внутреннюю организацию ЭЭГ.

Высокий уровень функциональной активности мозга соответствует эмоциональному напряжению, направленному вниманию, выполнению новой задачи, требующей интеллектуальной мобилизации, характеризуется повышением объема воспринимаемой и перерабатываемой мозгом информации, требованием к

гибкости и мобильности мозговых систем.

Имеются данные об использовании биоуправления (БУ) при лечении и профилактике функциональных, органических нарушений высшей нервной деятельности. Исследования, проводимые в этой области, подтверждают прогностическую ценность биологической обратной связи (БОС) в виде БОС-навыков, как критерия адаптации организма человека в условиях стресса, а также целесообразность БОС-обучения с целью стабилизации физиологических параметров состояния человека путем коррекции [4, 5]. Эффективность данного метода также состоит в том, что при обучении человека повышается надежность физиологических параметров во время интенсивной обработки потока полиморфной информации в условиях дефицита времени и при принятии экстренных решений.

В настоящее время реализована большая разновидность БОС применительно к тем или иным системам и органам человека с помощью различных датчиков и обрабатывающей аппаратуры: ЭЭГ-БОС (по записи биоритмов головного мозга), ЭМГ-БОС (по записи электроактивности сокращаемых мышц), кардио-БОС (по кардиограмме сердца), пневмо-БОС (по пневмограмме) и др. [6-11].

БОС-методы весьма эффективны для лиц, работающих на пределе физиологических возможностей (спортсмены, операторы, работники силовых структур и др.), для которых удается существенно раздвинуть возможности организма: повысить самочувствие, память, внимание, работоспособность, координацию движений и др. Доказано, что БОС не дает отрицательных побочных эффектов. Данное обстоятельство позволило собой представить БОС-метод как систему тренировок адаптационно-приспособительных механизмов организма человека. [12].

Высокий уровень функциональной активности мозга соответствует эмоциональному напряжению, направленному вниманию, выполнению новой задачи, требующей интеллектуальной мобилизации, характеризуется повышением объема воспринимаемой и перерабатываемой мозгом информации, требованием к гибкости и мобильности мозговых систем. Для всего этого необходима большая автономность нейронов в осуществлении их функций, что соответствует большой информационной содержательности процессов, происходящих в них. Это повышение степени свободы и автономной активности отдельных нейронов во времени проявляется десинхронизацией в суммарной электрической активности [13].

Применение биокомпьютерного комплекса «Ритм-6» [14] эффективно позволяет проводить ЭЭГ-БОС-тренинг, заключающийся в записи ЭЭГ головного мозга и последующей компьютерной обработке сигналов с выделением основных ритмов: тета-волны (4-7 гц), альфа-волны (8-12 гц), бета-волны (13-32 гц) (рис.1, 2). При открытых глазах баланс тета-ритма (характеризующий заторможенность) и



Состояние нейродинамического баланса считается оптимальным для человека (рис.3).

**Матрица переходных вероятностей электроэнцефалограммы:**

Канал-1 (правое полушарие)					Канал-2 (левое полушарие)				
	В	А	Т	Д	(ОГ)	В	А	Т	Д
В	0.328	0.335	0.235	0.100		0.267	0.418	0.255	0.058
А	0.299	0.343	0.248	0.109		0.210	0.421	0.269	0.099
Т	0.320	0.223	0.262	0.194		0.145	0.389	0.358	0.106
Д	0.292	0.323	0.138	0.246		0.152	0.260	0.369	0.217
	<b>1.239</b>	<b>1.224</b>	<b>0.883</b>	<b>0.649</b>		<b>0.774</b>	<b>1.488</b>	<b>1.251</b>	<b>0.480</b>

	В	А	Т	Д	(ЗГ)	В	А	Т	Д
В	0.298	0.334	0.262	0.103		0.226	0.517	0.196	0.059
А	0.289	0.392	0.222	0.095		0.204	0.513	0.206	0.075
Т	0.350	0.238	0.233	0.177		0.185	0.386	0.311	0.115
Д	0.214	0.375	0.196	0.214		0.155	0.255	0.277	0.311
	<b>1.151</b>	<b>1.339</b>	<b>0.913</b>	<b>0.589</b>		<b>0.770</b>	<b>1.671</b>	<b>0.990</b>	<b>0.560</b>

R-запуск, Esc-выход

Рис. 3. Состояние нейродинамического баланса.

Пациент, сидя за компьютером ЭЭГ-БОС-тренажера, видит на экране объективные данные о функциональном состоянии нервной системы и получает возможность волевым усилием изменять параметры в нужную сторону. Сделать это не просто, но целенаправленные тренировки позволяют выполнить это задание (рис.4).

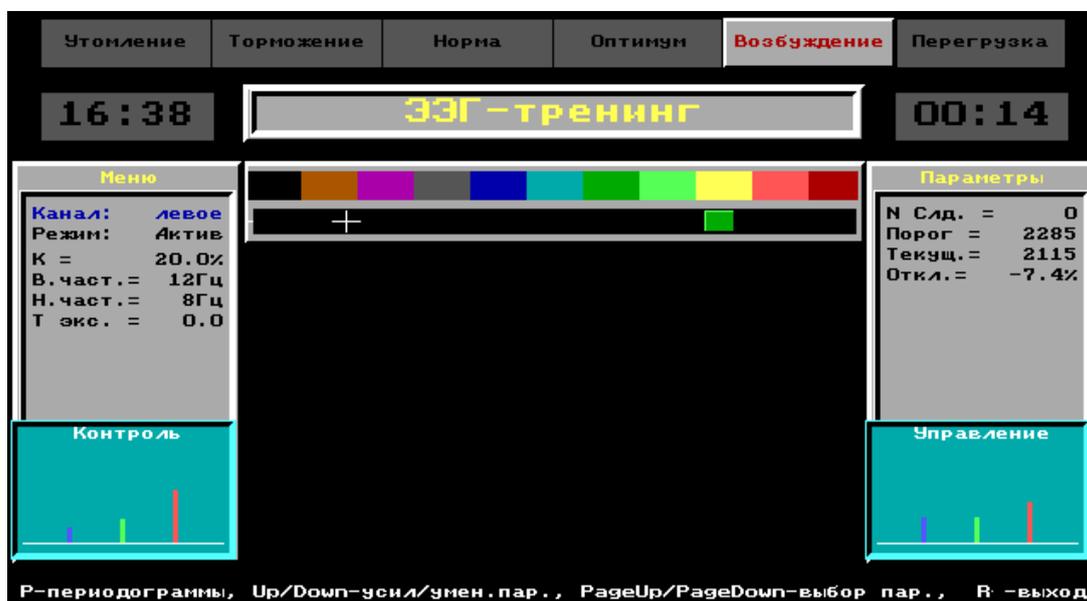


Рис. 4. Данные о функциональном состоянии нервной системы.

Например, человек под воздействием длительного стресса находится в состоянии невроза. У него будут доминировать бета-волны, что отображается на экране компьютера. Для оптимизации своего состояния испытуемый должен подавлять бета-волны в сторону нейродинамического баланса. По мере того, как это удается сделать, субъективно состояние человека улучшается. Результаты

тренировок закрепляются в рефлекторной форме на длительное время (до года) [15].

Работа в режиме альтернативного биоуправления по электроэнцефалограмме (БОС-ЭЭГ) проводится несколькими модификациями:

Методологически наиболее правильным является конкретный, индивидуальный подход с обозначением фоновой (исходной) структурой взаимодействия параметров ЭЭГ с выделением так называемых «патологических функциональных ядер», разрушением этих ядер и формированием структуры взаимодействия параметров ЭЭГ, характерных для состояния нормы. Весь спектр применяемых на сегодня режимов БОС-тренинга по ЭЭГ лежит в диапазоне между тета-ритмом, имеющим закономерную связь с процессом торможения функциональной активности и бета-ритмом, коррелирующим с процессами возбуждения.

### **1. Режим тета-тренинга (4-7 Гц).**

Данный режим тренинга позволяет вводить пациента в состояние, имеющее место при медитации, т.е. между расслабленным бодрствованием и дремотой. В случаях, когда тета-волны составляют патологическое функциональное ядро (ПФЯ), и это клинически коррелирует с преобладанием в психологическом портрете пациента тормозных проявлений, следует использовать режим подавления данного ядра с последующей активацией либо альфа-ритма, либо сенсомоторного ритма (SMR), либо SMR/бета, либо бета-активности. Возможно последовательное применение всех указанных режимов. Уместно отметить, что направленность воздействия режимов БОС-тренинга безусловно будет зависеть от латерализации «патологического функционального ядра».

В тех наблюдениях, когда в клинической картине преобладают симптомы, указывающие на процессы возбуждения (нарушение сна, повышенная психомоторная активность, агрессивность, экспансивность, преувеличение степени опасности и т.д.) логично применение режима поддержания и активации тета-ритма.

### **2. Режим бета-тренинга (16-32 Гц).**

Режим, направленный на активацию бета-волн, предпочтительно использовать в случаях, когда клиника сопровождается снижением основных показателей психоэмоциональной сферы, таких, как: внимание, сосредоточенность, концентрация внимания, круг интересов и желаний. При ЭЭГ с бета-активностью, лежащей в основе ПФЯ, целесообразно подавление «ядра» с последующим использованием одного или комплекса режимов в зависимости от индивидуальной клинической картины болезни или состояний.

### **3. Режим SMR-тренинга (12-15 Гц).**

Данный режим БОС-тренинга может быть применен как самостоятельный метод коррекции, в частности, для усиления продуктивности мышечной деятельности или в комплексе с последовательным включением в режимы тета- и

бета-ритмов, когда в клинической картине доминирует чувство мышечной усталости, быстрой умственной и физической утомляемости, снижение продуктивности памяти, апатия, адинамия, астения, «отказ от борьбы».

#### 4. Режим альфа-тренинга (8-12 Гц).

Альфа-тета тренинг основывается на попытке адаптивного биоуправления гармонизировать соотношение этих ритмов, создавая при этом благоприятный психоэмоциональный фон жизнедеятельности и высокой работоспособности. Режим альфа-тренинга также может быть применен как самостоятельный метод для повышения интеллектуально-мнестических и когнитивных функций человека (память, внимание, концентрация, сосредоточенность и т.д.), а также в последовательном включении режимов тета- и бета-тренинга. Надо отметить, что *режим активации альфа-ритма является одним из приоритетных*. Работа в этом режиме позволяет существенно расширить резервные возможности адаптивной пластичности нейронных популяций. Активация альфа-ритма направлена на увеличение ее энергетической мощности и может проводиться в диапазоне собственной резонансной частоты или по усредненной величине.

Имеются объективные данные об усиленном эффекте совместного применения кардио-БОС и ЭЭГ-БОС тренажеров, который является успешной реализацией адаптационно-приспособительных механизмов организма человека.

#### *Литература:*

1. Бекшаев С.С., Левина М.Ю., Яковлев Н.М., Ваццилло Е.Г. Динамика структуры электроэнцефалограммы у больных неврозом в процессе лечения методом биологической обратной связи // *Биоуправление-3*. – Новосибирск: ЦЭРИС. – 1998. – 202-211 с.
2. Основы физиологии человека / Под ред. Б.И.Ткаченко. СПб., 1994.
3. Гусельников В.И., Изнах В.Ф. Ритмическая активность в сенсорных системах. – М., 1983. – 257 с.
4. Бехтерева Н.П. Клиническая нейрофизиология. – Л.: Наука, 1972, С.191-223.
5. Ливанов М.Н. Пространственная организация процессов головного мозга. М.: Наука, 1972. 182 с.
6. Жирмунская Е.Л., Лосев В.С. Системы описания и классификация электроэнцефалограмм человека. М. 1984. 80 с.
7. Engel B.T., Glasgow M.S., Garder K.R. Behavioral treatment of high blood pressure . 3. Follow – up results and treatment ecommendations // *Psychosom. Med.*-1983.-45, 1,23-29.
8. Karemaker J.M. Cardiac cycle time affects: information processing anol the latencies involved // *Psychophysiology of cardiovascular control.*- N.-Y., 1985.- P.535-548.
9. Сохадзе Э. М., Шульман Е. И., Штарк М.Б. Психофизиологические исследования методом биологической обратной связи по времени распространения пульсовой волны. // *Теория и практика*. Новосибирск: Сб.отд. 1988.- 162 с.
10. Черниговская Н.В., Ваццилло Е.Г., Петраш В.В., Русановский В.В. Произвольная регуляция частоты сердечных сокращений как метод коррекции функционального состояния больных неврозом // *Физиология человека*. – 1990. – Т.16. -№2. – С.58-64.
11. Асылбекова Л.У., Токбергенов Е.Т., Булабаев А.Т. Организация и методика оценки состояния функциональных систем организма человека на биокомпьютерном комплексе «Ритм-

6» / Методические рекомендации. – Алматы, 2001. – 36 с.

12. Асылбекова Л.У., Джумаева Л.Г. Биоуправление по ЭЭГ в системе реабилитационных мероприятий // Мат. III межд. конф. «Инновационные технологии в области оздоровления и медицинской реабилитации»; Алматы. – 2003. – С. 208-215.

13. Адрианов О.С. О структурной организации интегративных функций мозга // Вестник МАН СССР. - 1987. - № 8. - с. 28-33.

14. Биоэлектронный компьютерный комплекс «Ритм-6»: рег. Удостоверение МЗ РК-МТ-3- N 00545 2000 / Национальный научно-технический Центр Республики Казахстан. - 2000.

15. Асылбекова Л.У. Применение биоуправления по электроэнцефалограмме в системе профилактических мероприятий // Вестник Казахстанско-Американского Свободного Университета. Научный журнал. 4 выпуск: социально-политические и правовые проблемы образования и общества. - Усть-Каменогорск, 2010. – С.12-17.

**Түйіндеме**  
**ПСИХОФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ШАРАЛАР КЕШЕНІНДЕ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММА**  
**БОЙЫНША**  
**БИОБАСҚАРУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ**

**Л.У. Асылбекова**

Биологиялық кері байланыс жүйесіндегі биобасқару «патологиялық функциялды ядро» деп аталатын бөлінумен ЭЭГ параметрлерінің өзара байланысымен фондық (бастапқы) құрылым белгілерімен жеке, нақты методикалық дұрыс істеп шығаруға мүмкіндік береді, осы ядролардың бұзылуы және ЭЭГ параметрлеріне өзара байланысты құрылымдарды қалыптастыру норманың жағдайына тән. БКБ қолданудан кейін –ми қыртысында қозу және тежелу үдерісінің теңесу нәтижесінде қыртысасты құрылымды тұрақтандыру туады. Бұл, өз кезегінде мидың қан айналымын рефекторлық жақсартумен қатар альфа-ритмдер генерациясын тудырады, шартты-рефлекстік байланысты бекітумен нейропептидтерді өңдеуді шығаратын ми қыртысында тотығу-тотықсыздану үдерістерін күшейтеді. Санадан тыс үдерістер, автономды жұмыс істей отыра, адам өмірінің онсыз мүмкін емес, оның барлық маңызды физиологиялық функциялары, адамның гомеостазын қолдайды.

**Summary**  
**EFFICIENCY OF THE ELECTROENCEPHALOGRAM BIOFEEDBACK**  
**IN COMPLEX PSYCHOPHYSIOLOGICAL EVENTS**

**L.U. Asylbekova**

Biocontrol in the biofeedback system allows to develop methodologically correct specific, individual approach to the designation of the background (initial) structure of the interaction parameters of the EEG with the release of the so-called "pathological functional nuclei", the destruction of these nuclei and the formation of the EEG parameters interaction structure, characteristic for the state standards. After use of biofeedback procedures arise stabilization of subcortical structures as a result of equilibration of excitation and inhibition in the cerebral cortex. This, in turn, causes the generation of alpha rhythms while reflex improved cerebral blood flow, enhanced redox processes in the cerebral cortex, which causes the production of neuropeptides with fixing the conditioned-reflex connections. Subliminal processes, operating as a stand-alone support the homeostasis of man, all his vital physiological functions, without which life is impossible.

УДК: 616.132.2-002-008.6-036.11.83+616.127

## РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

*С.А. Андосова, Т.З. Сейсембеков, М.С. Бекбосынова,  
Э.М. Рахимова, Р.Р. Мурзабаева  
ГККП «Кардиологический центр» Управления Здравоохранения,  
АО «Медицинский университет «Астана», г. Астана*

**Введение.** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной причиной смертности и инвалидности в Казахстане, несмотря на определенные успехи достигнутые в их лечении и прогнозе за последние годы. Так, в 2006г. показатель смертности от ССЗ составил 533,1 на 100 тыс. населения, в 2007г. -528,3; 2008г. - 489,7; 2009г. - 416,4 и в 2010г. уже = 403,7 [1]. При этом происходит одновременное снижение в показателях смертности доли ишемической болезни сердца (ИБС) с 222,9 (2008) = 45,5%; 157,4 (2009) = 37,7% и 118,7 (2010) = 29,4%, т.е. за 3 последние годы на 16,1%. Следует подчеркнуть, что подобные положительные сдвиги в летальности от ССЗ связаны, в основном с возросшей кардиохирургической активностью в Республике, так только в г.Астане за 2007–2009гг. в Национальном научном медицинском центре произведено более 2000 операций аортокоронарного шунтирования [2].

**Актуальность и новизна.** Рост кардиохирургических вмешательств, в частности стентирования и аортокоронарного шунтирования в лечении ИБС диктует необходимость тщательной отработки реабилитационных мероприятий на всех этапах оказания специализированной помощи. Известно, что современные лекарственные доступы в хирургическом лечении ИБС можно разделить на следующие основные этапы применения в зависимости от периода лечения: дооперационный, периоперационный, ранний послеоперационный и послеоперационный периоды [3]. Последний включает в себя реабилитационные мероприятия, направленные на адаптацию пациента и восстановление трудоспособности, состоит из следующих, четырех аспектов: фармакотерапевтического, физического, психологического и социального. Как подчеркивают авторы, стремление к укорочению госпитального периода и ранней выписке после успешной операции на сердце, обуславливают необходимость создания полноценной и эффективной реабилитации.

**Материал и методы.** В ГККП «Кардиологический центр» УЗ г.Астаны с 2006 года проводится реабилитация больных перенесших острый коронарный синдром (ОКС) и после реваскуляризации миокарда. За прошедший период реабилитацией было охвачено 1668 больных с ОКС (ОИМ 1101 и нестабильной стенокардией 567 больных), из них 707 мужчин в возрасте 41-63 и 471 женщин в

возрасте 54-61 лет и 408 больных после реваскуляризации миокарда (АКШ - 272, стентирование - 136) из них 226 мужчин в возрасте 45-71 и 182 женщины в возрасте 56-65 лет. Реабилитационные мероприятия включали медикаментозную, физическую, у половины наблюдавшихся - психологическую и социальную реабилитацию в условиях дневного стационара с последующим наблюдением в диспансерном кабинете кардиологического центра в течение года.

Методами контроля эффективности и безопасности лечения являлись оценка клинического состояния больного, проведение ЭКГ, ЭХОКГ, суточного мониторирования ЭКГ и АД, определение липидного спектра крови, проведение нагрузочных проб (тредмил-тест и КАГ по показаниям). Исследования в динамике наблюдения проводились в 3, 6 и 12 месяцев. С 2010 года для оценки эффективности проводимой реабилитации был внедрен опросник SF-36 с целью выявления уровня физического и психологического состояния больных на разных этапах реабилитации, результаты которого необходимы для коррекции лечения. За прошедший период анкетирование проведено 131 больному, из них 67 после реваскуляризации миокарда и 64 после перенесенного ОКС. В обеих группах только 40% больных были анкетированы в 3 и 6 мес.

**Результаты и обсуждение.** Во всех вышеуказанных этапах существенное значение имеют правильная организация реабилитационного процесса. Важной составной частью организации реабилитационного процесса является обеспечение преемственности между специалистами – врачом стационара и врачом службы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), в частности амбулаторно-поликлинического звена. Для улучшения преемственности между Кардиологическим центром, стационарами и лечебно-профилактическими организациями первичной медико-санитарной службой (ПМСП) в 2006 году был издан приказ Управления здравоохранения г.Астана, в котором был определен порядок направления больных с ССЗ из стационаров города в дневной стационар Кардиологического центра для проведения реабилитационных мероприятий после перенесенного ОКС, реваскуляризации миокарда, протезирования клапанов и коррекции врожденных пороков сердца с дальнейшим наблюдением в диспансерном кабинете центра в течение года и с последующей передачей больного кардиологу по месту жительства. Для реализации данного приказа в центре были разработаны протоколы лечения и диагностики для дневного стационара, включающие все аспекта реабилитации и внутренний приказ для диспансерного кабинета об утверждении ключевых точек проведения необходимого обследования данных больных (3, 6, 12 мес.) для контроля эффективности и безопасности проводимых реабилитационных мероприятий.

С 2006 по 2010гг. было пролечено 1668 больных после перенесенного ОКС (2006г. - 195, 2007г. - 241, 2008г. - 296, 2009г. - 446, 2010г. - 490). Ежегодное увеличение количества пролеченных больных связано с улучшением

преимущества с стационарами и более полным охватом выписанных больных. За этот же период после реваскуляризации миокарда было охвачено реабилитацией на амбулаторном этапе 408 больных (2006г. - 32, 2007г. - 55, 2008г. - 67, 2009г. - 125, 2010г. - 129). В этой группе увеличение больных было связано с возросшей кардиохирургической активностью в последние два года. Из 2076 больных, 1909 (92%) начали реабилитацию в дневном стационаре и продолжили в течение года в условиях диспансерного кабинета, остальные 167 (8%) обратились по истечении 1,5-2 месяцев от начала острого события и были взяты сразу на реабилитацию в диспансерный кабинет. Методами контроля и эффективности проводимого лечения являлись, наряду с клиническим обследованием служили: эхокардиография, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД, которые фактически проведены у 95% наблюдавшихся, остальные больные обследовались не во всех точках по разным причинам. Тредмил тест был проведен в 40% больным после стентирования на 2-й неделе, после аортокоронарного шунтирования через 1-2 месяца в соответствие с клиническим состоянием. За время наблюдения в течение года 5 больных были повторно госпитализированы в стационар с клиникой острого коронарного синдрома, 2 больных умерли в связи с тяжелым течением и осложнениями фонового сахарного диабета. По результатам проведенных реабилитационных мероприятий отмечается повышение толерантности физической нагрузки по данным тредмил-теста и на основании клинических данных, увеличение сократительной функции миокарда по данным эхокардиографии (ФВ в среднем на 14,8%), уменьшение количества нарушений ритма сердца - желудочковая экстрасистолия высоких градаций по Лауну на 70-75% по данным суточного мониторирования ЭКГ, снижение холестерина и индекса массы тела. По данным анкетирования SF-36 выявлено более активное проведение физической реабилитации по сравнению с психосоциальной на всех этапах реабилитации, что послужило основанием для дополнительного введения анкет «Шкала тревоги» для всех больных перед началом реабилитации и при выявлении депрессии пациенты направлялись для соответствующего лечения к психотерапевту.

Об эффективности кардиологической реабилитации свидетельствовали снижение инвалидизации и увеличение возврата больных к труду среди лиц трудоспособного возраста (Рис 1). Из всего количества больных 1178 были трудоспособного возраста, что составило 56,7%. Возврат к труду составил в 2006г. - 30%, 2007г. - 33,7%, 2008г. - 37%, 2009г. - 44%, 2010г. - 53,2%. Снизилась степень инвалидности в 2006г. - 43,3, 2007г. - 38,3%, 2008г. - 38%, 2009г. - 33,2%, 2010г. - 30,3%. Данные результаты, безусловно, подтверждают положительные эффекты кардиологической реабилитации в течение года на качество и длительность жизни данных больных. Однако проведенный анализ за последующие 3 года этих же больных после выписки по месту жительства показал вновь увеличение частоты госпитализации по данному заболеванию в связи с нарастанием хронической сердечной и коронарной

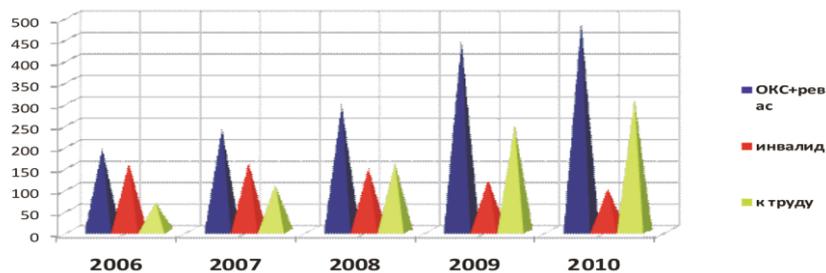


Рис.1. Сравнительная диаграмма показателей инвалидности и восстановление трудоспособности в результате реабилитации

недостаточности. Это диктует необходимость проведения кардиологической реабилитации больным на амбулаторном этапе в течение всей жизни для снижения смертности от ССЗ. В этой связи необходимо разработать и внедрить конкретные программы реабилитации больных ишемической болезнью сердца после эпизода острого коронарного синдрома, проведения реваскуляризации миокарда посредством стентирования и аортокоронарного шунтирования в условиях первичной медико-санитарной службы.

Таким образом, проведение целенаправленной кардиологической реабилитации больным на амбулаторном этапе после реваскуляризации миокарда и перенесенного острого коронарного синдрома достоверно снижает уровень инвалидности и увеличивает процент возврата больных к труду.

#### Литература:

1.Здоровье населения и деятельность организации здравоохранения в 2000-2010 гг. // Стат. сборник МЗ РК.- Астана-Алматы, 2001-2011гг.

2.Бекбосынова М.С., Пя Ю.В., Сейсембеков Т.З., и др. Опыт организации реабилитационных мероприятий больным ишемической болезнью сердца после реваскуляризации миокарда //Профилактическая кардиология, 2010. - том 13. -№5. - С.51.

3.Акчурина Р.С., Скридлевская Е.А. Новые возможности фармакотерапии при операциях аортокоронарного шунтирования / Сборник трудов XV Российского национального конгресса «Человек и лекарство». - М., 2008. - Том 1. - С.10–35.

#### Түйіндеме

**Жедел коронарлы синдром және миокард реваскуляризациясынан кейінгі науқастарына реабилитация шараларын ұйымдастыру тәжірибесі**

**С.А. Андосова, Т.З. Сейсембеков, М.С. Бекбосынова, Э.М. Рахимова, Р.Р. Мурзабаева**

Реабилитация шаралары, жедел коронарлы синдром және миокард реваскуляризациясынан кейінгі науқастарында, мүгедек деңгейін түсіреді және еңбекке қайта оралу пайызын көтереді.

#### Summary

**The organization`s experience of rehabilitation measure for patients with coronaryheart disease after acute coronary syndrome and myocard`s revascularization**  
**S.A. Andossova, T.Z. Seisembekov, M.S. Bekbosynova, E.M.Rahimova, R.R. Murzabaeva**

Including rehabilitation`s measure for patients after myocard`s revascularization and acute coronary syndrome, lowers disabledtation level and increases percent of patients to return to physical activities.

УДК: 615.83:616.831-009.11-053.2

## ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

*С.А. Жилкибаева*

*Республиканский детский реабилитационный центр, г. Астана*

**Omnis ars imitation est nature**

**Всякое искусство есть подражание природе**

Детский церебральный паралич во всех странах мира занимает одно из ведущих мест в структуре хронических болезней детей. Заболеваемость ДЦП имеет тенденцию к увеличению. Распространенность заболевания, по данным различных авторов по России составляет 1,8-8,9 на 1000 детей [1]. В Республике Казахстан более 10 тысяч детей до 14 лет состоят на «Д» учете у невропатолога с этим недугом. Частота ДЦП составляет 2,5-5,9 на 1000 новорожденных [2]. Тяжесть клинических проявлений приводит к инвалидности. Многофакторность этиологии и сложность патогенеза болезни затрудняет профилактику ДЦП.

Физические методы занимают лидирующее место в реабилитации больных ДЦП старше 1 года жизни. В настоящее время разработано и применяется множество методов и методик в лечении больных детским церебральным параличом. ДЦП характеризуется многообразием клинических проявлений, что определяет комплексный подход в лечении таких больных.

Методы физиотерапии широко используются на всех этапах лечения и реабилитации детей, больных детским церебральным параличом (ДЦП), с целью восстановления функций головного и спинного мозга, периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, их психоэмоционального развития, укрепления общего состояния. Они относятся к числу методов, которые дают в комплексе со специальной гимнастикой, массажем (Дубровский В.И.), медикаментозной терапией, логопедической, ортопедической, психопедагогической коррекцией отчетливый лечебный эффект, иногда проявляющийся даже при относительно коротких курсах лечения.

Основанием для назначения физических методов лечения при ДЦП являются те патологические изменения структуры и функции головного мозга, которые возникают при данном заболевании. Органические изменения в центральной нервной системе приводят к стойким параличам и последующей атрофии мышц, нарушению двигательных функций, расстройству речи, интеллекта и т. д. Как правило, возникает дефицит афферентно-эфферентной импульсации. Вместе с тем, наряду с погибшими нервными клетками в передней центральной извилине головного мозга, экстрапирамидных образованиях, мозжечке и других структурах, ведающих функциями движения, координации, мышечного тонуса, речи, имеются

полностью сохранившиеся нервные клетки и нервные клетки, пострадавшие только частично[4]. Используемые при ДЦП физические факторы воздействия направлены на усиление функции нервных клеток, которые берут на себя функцию погибших клеток, на создание благоприятных условий для восстановления сохранившихся, но функционально угнетенных участков центральной нервной системы, реализацию ее пластических и компенсаторных возможностей. Они применяются также с целью воздействия на пострадавшие двигательные пути, мышцы, суставы.

Все физические факторы — комплексные раздражители. Воздействуя на организм, они вызывают в нем сложные адаптационные реакции с общими и местными компонентами [5].

Наиболее универсальным в механизме действия многих физических факторов является тепловой эффект, который проявляется в той или иной степени. Происходит усиление регионального кровотока, местных микроциркуляторных и метаболических процессов. Так проявляется неспецифический компонент действия физического фактора. Однако каждый физический фактор оказывает свое, присущее только ему специфическое действие[6]. Оно определяется особенностями физического фактора и избирательностью поглощения его теми или иными тканями организма, которые зависят от их физико-химических свойств и глубины расположения. Процессы, характерные для действия каждого фактора, формируются на клеточно-молекулярном уровне. Специфичность воздействия физического фактора на организм связана также с соотношением частоты электромагнитных колебаний функционирующей ткани и физического фактора. В случае резонансного совпадения этих частот устанавливаются наиболее благоприятные условия для реализации его терапевтических возможностей [7].

Независимо от места приложения и вида физического фактора ответная реакция организма всегда формируется через нейрогуморальные и гормональные механизмы регуляции основных функций организма.

Известно, что все функциональные системы организма работают на очень низком энергетическом уровне. Малые дозы поглощенной энергии физического фактора стимулируют, а большие дозы, напротив, угнетают деятельность функциональных систем. Поэтому более выраженный терапевтический эффект наблюдается при слабой интенсивности используемого физического фактора по сравнению с физическим фактором средней и большой интенсивности. Эффективность малых доз воздействия особенно наглядна при проведении процедур на области проекции функционально активных зон - эндокринные железы, вегетативные узлы, иммунокомпетентные органы.

Назначая курс процедур, учитывают фактор привыкания организма к повторяющимся однотипным воздействиям, ведущий к снижению их терапевтической эффективности. Поэтому в процессе лечения меняют параметры физического воздействия, используемые методики, сам способ физического

воздействия. Это положение особенно актуально при лечении больных ДЦП, которое продолжается годами [5].

При физическом воздействии могут преобладать местные, сегментарные или общие реакции организма. Для общего воздействия используют лечебные методы, оказывающие влияние на функциональное состояние клеток головного мозга и расположенные в нем жизненно важные центры, и рефлекторно-сегментарные методики. В лечебный комплекс включают также воздействие на мышцы и связочно-суставной аппарат.

Выбор адекватного метода физиотерапии больному ДЦП определяется особенностями физического фактора, клинической симптоматикой, общим состоянием больного, сопутствующими заболеваниями.

Перед проведением физиотерапевтической процедуры необходимо успокоить ребенка (вплоть до назначения седативных препаратов легко возбудимым детям), дать ему отдохнуть. Необходима психотерапевтическая подготовка ребенка (ласковое отношение, игрушки, присутствие матери) [5,8].

При применении контактных электропроцедур рекомендуется в некоторых случаях начать курс лечения с мнимых воздействий [6, 9].

Дозу воздействия постепенно увеличивают как во время процедуры, так и в ходе курса лечения. Для лечения детей чаще применяют импульсные режимы физического воздействия. Это позволяет уменьшить энергетическую нагрузку на растущий организм и использовать преимущественно специфический компонент действия фактора. Проводят процедуры через день или два дня подряд с отдыхом на третий день. Во время проведения процедуры ребенок должен находиться под постоянным наблюдением персонала. Необходимо следить за его общим состоянием, двигательной и эмоциональной реакцией, цветом кожных покровов, регистрировать частоту пульса, по показаниям — артериальное давление. После процедуры ребенок отдыхает в течение 20-30 мин. При составлении индивидуальных комплексов лечебных мероприятий согласовывают время проведения этих мероприятий с режимом дня, учебно-воспитательной работой, планируют их так, чтобы сохранялась преемственность на разных этапах лечения. Проводят процедуры не ранее, чем через час после приема пищи и не позже 30-45 мин до него [6,10].

Методы физиотерапии: миорелаксирующие – вибротерапия, теплые пресные ванны; фибромодулирующие – пелоидо, парафино, озокеритотерапия.

Миостимулирующие: миоэлектростимуляция, импульсная магнитотерапия. Трофостимулирующие – амплипульстерапия. Тонизирующие: души, подводный душ-массаж, жемчужные ванны, талассотерапия. Психостимулирующие: электрофорез стимуляторами мозгового кровообращения, неселективная хромотерапия [11].

Показания: для коррекции тонуса мышц (миорелаксирующие методы), стимуляция

паретичных мышц (миостимулирующие методы). Для ослабления контрактур (фибромодулирующие методы), усиления трофики (трофостимулирующие методы), коррекция психоэмоциональных расстройств (тонизирующие и психостимулирующие методы).

Противопоказания: нарушение психики (идиотия), эпилептические приступы, декомпенсированная гидроцефалия.

Задачи физиотерапии: коррекция локомоторной дисфункции; стимуляция нейротрофических процессов, тонуса, психической деятельности больного ребенка; положительный психоэмоциональный настрой ребенка; уменьшение двигательных нарушений (снижение мышечного тонуса, устранение тугоподвижности в суставах); увеличение объема активных движений в конечностях.

Выделяют некоторые общие положения, определяющие выбор физических методов лечения больных разными формами ДЦП.

При спастических формах ДЦП (спастическая гемиплегия, спастическая диплегия, двойная гемиплегия) физио- и бальнеологические процедуры назначают с целью направленного воздействия на патологический очаг в головном мозге, на уменьшение спастичности мышц, повышение тонуса ослабленных мышц-антагонистов спастичным, устранение контрактур и деформаций суставов, улучшение речи, координации движений, коррекцию психоэмоциональной сферы.

Больным этими формами ДЦП назначают электрофорез лекарственных веществ, улучшающий кровоснабжение и функциональное состояние клеток головного мозга, способствующий снижению тонуса спастичных мышц, а также магнитотерапию и микроволновую терапию (ДМВ) на область головы (на одно или оба полушария). Трансцеребральную импульсную терапию [12], электростимуляцию ослабленных мышц — антагонистов спастичным и артикуляционных мышц [1], теплотечение (грязевые, парафиновые, озокеритовые аппликации, облучение инфракрасными лучами), разнообразные водолечебные процедуры.

При гиперкинетической форме ДЦП задачей физиотерапии и бальнеотерапии является подавление усиленной деятельности подкорковых систем, уменьшение выраженности гиперкинезов, генерализованных двигательных реакций, тонического напряжения мышц, улучшение речевых функций на фоне достижения седативного эффекта.

При гиперкинетической форме ДЦП применяют электрофорез транквилизаторов по центральным методикам, атропина сульфата, сернокислого магния и др. на область воротниковой зоны, электросон, дарсонвализацию головы и шейно-воротниковой зоны, электростимуляцию ослабленных мышц, теплотечение, йодобромные, хвойные, гидрогальванические ванны.

При атонически-астатической форме ДЦП лечение должно быть направлено на уменьшение диффузной мышечной гипотонии, восстановление нарушенной

координации движений, устранение туловищной атаксии, расстройств речи и интеллекта.

Больным атонически-астатической формой ДЦП назначают процедуры магнитотерапии и ДМВ-терапии на лобную и затылочную области головы. УФ-облучение воротниковой и трусиковой зон эритемными дозами, дарсонвализацию головы и воротниковой зоны, воздействие синусоидальными модулированными токами на нижнегрудную-верхнепоясничную область, сухие углекислые, общие и камерные контрастные ванны. В лечебный комплекс включают электрофорез галантамина, прозерина, фосфорнокислого натрия по методике Вермеля, глутаминовой кислоты по лобно-затылочной методике.

При лечении детей с задержкой психомоторного развития применяют квантовую терапию от многофакторного аппарата «Рикта», (Осипова Е.Г., Гусев Л.И.).

При воздействии квантовым излучением отмечены улучшения памяти и внимания, повышения работоспособности, ускорение темпов психической деятельности, коррекция поведенческих реакций. Клинические исследования установили, что вторичные биологические эффекты воздействия квантового излучения на больной организм опосредуют повышение энергетики нейроцитов и других структур головного мозга и их биопотенциал. На ЭЭГ это регистрируется в виде существенного (на 80-200%) повышения активности и амплитуды а-ритма, восстановления его модулированности и межполушарной асимметрии. На компьютерных томограммах отмечена ликвидация застойных очагов возбуждения. Полученные результаты свидетельствуют, что включение квантовых методик в комплекс лечения умственной отсталости позволяет резко повысить эффективность реабилитации [13].

Основываясь на фундаментальных законах физики, химии, биофизики, биохимии, биологии, физиологии, патологические изменения в головном мозге можно считать за вторичные проявления при ДЦП и рассматривать как часть многочисленных изменений в циклических процессах организма больного ребенка [14].

Таким образом, исправив максимально возможное количество патологических звеньев в организме ребенка с ДЦП, можно существенно изменить клиническую картину ДЦП, добиться физической, интеллектуальной, психической реабилитации ребенка и его социальной адаптации, несмотря на сохраняющиеся патологические изменения в головном мозге.

**Литература:**

1. Барбаева С.Н., Кулишова Т.В., Шумахер Г.И., Клыжина Е.А., Роменский В.М. Применение нейроэлектростимуляции в комплексной реабилитации больных детским церебральным параличом // «Физиотерапия, Бальнеология, Реабилитация»-2007- №3 стр37.
2. Булекбаева Ш.А. Детский церебральный паралич: формы, клиника и реабилитация в

поздней резидуальной стадии // методические рекомендации, Алматы-2003-24с.

3. Дубровский В.И.-М.: Дрофа-Плюс, Полезная книга: массаж от «А» до «Я»- 2005-352с.: ил.
4. Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. — Киев, Здоровье, 2008. — 327 с.
5. Усакова Н.А., Красильникова Р.Г. Физические факторы в лечении детских церебральных параличей- М.: Советский спорт, 2006.-192с
6. Боголюбов В.М., Васильева М.Ф., Воробьев М.Г., Довганюк А.П. Техника и методики физиотерапевтических процедур – Справочник, М.: Медицина, 2004 - 405с.
7. Пономаренко Г.Н., Турковский И.И. Биофизические основы физиотерапии. М., 2006-176с.
8. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация, (руководство), Москва, ИПК «Звезда», 1998-с. 544-557
9. Ибатов А.Д. Пушкина С.В. Основы реабилитологии. Учебное пособие для ВУЗов, М-ГЭОТАР-Медиа, 2007-160с.
10. Аверьянова Н.И., Шипулина И.А. Основы физиотерапии. Учебное пособие, Ростов-на-Дону, 2007-160с.
11. Пономаренко Г.Н. Частная физиотерапия, учебное пособие, С. Петербург, 2005. — 744 с.
12. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Скворцова Е.М. Применение транскраниальной электростимуляции [ТЭС-терапии] в медицине // «Физиотерапевт»-2009-№11 с.20-28.
13. Осипова Е.Г., Гусев Л.И. Квантовая терапия детей с ограниченными психофизическими возможностями // «Физиотерапевт»-2011-№7, с. 33-34.
14. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП. ЭЛБИ-СПб, С. Петербург, 2005. — 112 с.

### Түйіндеме

#### Балалар церебралды салдануындағы физикалық терапиясы

##### С.А. Жылқыбаева

Мақалада БЦС ауыратын ауруларды емдеуде физикалық факторларды қолдану әдістері мазмұндалған. Олардың әсер етуі бала туылғаннан кейінгі алғашқы аптада және алғашқы айларда айтарлықтай тиімді, себебі пластикалық, компенсаторлы, репарациялық үдерістер және қызметі тежелген ми бөлігі болған жағдайда іске асыру мүмкін. Бірақ, БЦС созылмалы кезеңі жүйелі қалпына келтіру емін қажет етеді, оған физикалық терапия әдістері жатады.

### Summary

#### Physiotherapy at a children`s cerebral paralysis

##### S. Zhylkibaeva

The article describes the methods of physical factors in the treatment of patients with cerebral palsy. Their influence is more effective from the first weeks and months of the child's life when possibilities of realization plastic, compensatory, reparative processes remained, but functionally oppressed sites of a brain still are available. However the chronic current of children's cerebral paralyses demands regular regenerative treatment which, as a rule, includes methods of physical therapy.

УДК: 613.953.5(072):376

## ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МЕТОДИЧЕСКИМ МАТЕРИАЛАМ, ПОСОБИЯМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ В КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКЕ В ДЕТСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

*А.А. Хайруллина*

*Республиканский детский реабилитационный центр, г.Астана*

Организм человека формируется с детства. Поэтому чем раньше будут приняты меры к сохранению и укреплению здоровья, тем они эффективнее. Медицинским работникам необходимо строго соблюдать гигиенические требования при проведении реабилитационных мероприятий для предупреждения воздействия вредных факторов окружающей среды на организм ребенка, в том числе при использовании игрушек и других методических материалов.

Коррекционная педагогика является одним из результативных направлений в медицинской реабилитации детей с ограниченными возможностями. Наряду с медицинскими работниками в реабилитации участвуют педагоги различных специальностей: логопеды, дефектологи, психологи, Монтессори-педагогика, трудотерапевты, игротерапевты, музыкотерапевты, агротерапевты и др. с использованием специфических методов и средств реабилитации, отличающихся от традиционного медицинского инструментария. В своей работе специалисты коррекционной педагогики используют разнообразные средства, такие как игрушки, спортивный инвентарь, методические материалы из пластмассы, резины, мягких тканей, а также пищевые продукты (рис, бобы, гречка, манная крупа, скорлупа орехов, кости рыб), строительные материалы (песок, мелкие камни, глина).

Игрушки представляют собой не только игровой материал, а также представляют собой увлекательный поучительный мир для ребенка, им принадлежит особая роль в физическом и умственном развитии, нравственном и эстетическом воспитании. Они вводят малышей в удивительный мир фантазии, чудес и волшебства; помогают ему освоиться с жизнью взрослых, развивать социальную ориентацию. В последние годы стало в педагогике применяться очень много методического материала и игрушек, в производстве которых используется различные материалы из пластика, резины, мягких тканей, с разными наполнителями.

Все методические материалы, которые используются коррекционными педагогами в работе с детьми, требуют гигиенической оценки. Игрушки должны быть педагогически целесообразными, художественно совершенными, отвечать физическим и умственным возможностям детей, соответствовать возрасту, полу, темпераменту ребенка, а также быть безопасными и гигиеническими.

Выбирая, что – либо для ребенка при реабилитационных мероприятиях необходимо учитывать санитарно - гигиенические требования к игрушкам и другим «инструментам». Игрушки и другие методические материалы должны соответствовать возрасту ребенка. Каждый приобретенный предмет должен иметь документ удостоверяющий качество, гарантию о безопасности и содержать информацию о заводе изготовителя, номером серии и списком использованных материалов; о правилах обработки и хранения; о возрасте ребенка. Игрушки не должны быть слишком громкими и раздражающими. Игрушка не должна приводить к травмам и вызывать аллергии. У нее должна быть гладкая поверхность и закругленные края. Исключены трещины, щели, заусеницы, осколы и углубления из которых трудно удалить грязь. Игрушка не должна быть токсичной, не изменять цвет и свойства под действием слюны. Все материалы должны подвергаться гигиенической обработке. Требования безопасности должны соблюдаться, чтобы исключить возможность травмы кожных покровов кистей рук ребенка и снять мышечное напряжение рук.

Игрушки должны по массе соответствовать силе ребенка и способствовать развитию мускулатуры.

Педагоги, воспитатели и медицинские работники должны владеть правилами обработки игрушек и должны обращать внимание на то, для какого возраста предназначена данная игрушка. Игрушка или игра должна выбираться в соответствии с возрастом и развитием ребенка, а также с учетом его индивидуальных способностей и диагноза. Особой предосторожности требует выбор игрушек для детей раннего и ясельного возраста, которая для него не предназначена и с которой он вследствие своих физических и умственных способностей справиться не сможет.

Быстрота и прочность усвоения знаний и навыков детьми зависят от условий, которые окружают их, от соблюдения санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм в учреждениях, где оказывается медицинская реабилитация. Задачей гигиены является создание благоприятных условий для взаимодействия организма со средой путем гигиенического нормирования факторов окружающей среды и выработки у организма способности к максимальной адаптации к различным воздействиям.

*Түйіндеме*

***БАЛАЛАР МЕКЕМЕСІНДЕ ТҮЗЕТУ ПЕДАГОГИКАСЫНДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН  
ӘДІСТЕМЕЛІК МАТЕРИАЛДАРДЫҢ, КӨРНЕКІЛІКТЕРДІҢ ГИГИЕНИЯЛЫҚ  
ТАЛАПТАРЫ***

*Ә.Ә. Хайруллина*

Түзету педагогтары мүмкіншілігі шектеулі балалармен жұмыс істеу барысында дәстүрлі медицина аспаптарынан ерекшеленетін: ойыншықтар, спорт жабдықтары пласмассадан, резеңкеден, жұмсақ материалдан жасалған әдістемелік материалдарды, сонымен қатар ас тағамдары (күріш, атбас бұршақ, қарақұмық, ұнтақ жармасы, жаңғақ қабы, балық сүйегі), құрылыс материалдары (құм, ұсақ тастар, саз балишықтар) өзгеше материалдар мен оңалту құралдарын қолданады. Оңалтудың барлық материалдары және құралдары қауіпсіз және гигиенаға сай болу керек. Педагогтар, тәрбиешілер және медицина қызметкерлер осы материалдарды әзірлеудің және сақтаудың ережелерін меңгерулері қажет.

*Summary*

**HYGIENE REQUIREMENTS FOR METHODOLOGICAL MATERIALS,  
GUIDELINES, APPLICABLE CORRECTIONAL PEDAGOGY  
IN CHILD CARE CENTER**

**A.A. Khairullina**

*Correctional educators working with children with disabilities using specific materials and means of rehabilitation, which differ from the traditional medical instruments as toys, sports equipment, teaching materials of plastics, rubber, soft tissues, as well as food products (rice, beans, buckwheat, semolina, shells of nuts, fish bones), construction materials (sand, small stones, clay). All materials and means of rehabilitation should be safe and hygienic. Teachers, educators and medical workers should know the rules on handling and storage of these materials.*

**УДК: 616.97/.98-022.7-084**

**КОНТРОЛЬ БПП КАК ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

**Г.С. Булекеева**

***Карагандинский областной кожно-венерологический диспансер***

Трудно представить, что на рубеже XXI века болезни, передаваемые половым путем (БПП), способные причинить значительный ущерб здоровью больного, вплоть до его смерти, его потомству и обществу в целом, становятся ординарным явлением нашей жизни.

Сложившаяся эпидемическая ситуация занимает не только специалистов медиков, но вызывает значительный интерес у общественности, средств массовой информации, Европейского регионального бюро ВОЗ.

Росту болезней, передаваемых половым путем, способствует целый ряд причин: нестабильность социально-экономических отношений, рост безработицы, падение уровня жизни, увеличение миграции населения, поток видеопорнографической и эротической продукции, изменение стереотипов поведенческих реакций детей и подростков, что явилось причиной ранней половой жизни, полового насилия, вызывающих падение нравственного микроклимата,

нездоровое любопытство, вспышку добрых половых связей, промискуитетные половые связи, алкоголизм и наркомания.

Среди причин роста БППП “достойное” место заняла проституция [1,2,3]. Даже потенциально смертельная угроза заразиться ВИЧ-инфекцией не останавливает утративших нравственные ориентиры проституток. Для новых социальных групп - проституток, гомосексуалистов, наркоманов “нормой” интимной жизни стали частые половые связи с постоянной сменой половых партнеров. А ведь известно - стиль сексуальной жизни представляет ключевой фактор в распространении болезней, передаваемых половым путем [4]. Поэтому глобальная проблема борьбы со СПИДом и программа борьбы с БППП, разработанные ВОЗ, предусматривают в качестве необходимого и базового компонента проведение систематических исследований сексуального поведения различных популяций во всех регионах мира. Евробюро ВОЗ рекомендуется изучение сексуальной техники для более достоверной оценки риска распространения БППП [5].

Как одну из доминирующих проблем в литературе последних лет можно выделить проблему связи сексуального и контрацептивного поведения с риском ВИЧ-инфицирования. Обсуждаются вопросы безопасного секса, рискованного сексуального поведения, профилактики ВИЧ с помощью мер барьерной контрацепции [6,7,8].

В этой связи ряд специалистов [2,3] предлагает легализовать проституцию, что незамедлительно приведет к снижению (или ликвидации) скрытой проституции и числа притонов, которые существенно влияют на распространение БППП и наркомании. Авторы считают, что будет налажен учет и регулярное медицинское освидетельствование проституток, что даст возможность взять под контроль заболеваемость БППП.

Против легализации проституции высказываются Г. Скотт и соавт. [9], ими описывается работа двух проектов по оказанию медицинской помощи секс-работникам общественными организациями в Эдинбурге “Проект Века” и “Скот ПЕП”. Медицинская помощь максимально приближена к районам работы проституток: осуществляется бесплатное распространение контрацептивов, беседы-консультации с последующим приглашением для обследования на сифилис, гонорею, хламидиоз, ВИЧ-инфекцию.

На поведение молодежи, по мнению Я.И. Бондаревского [10], все больше влияют бихевиоральные факторы, то есть физиологические потребности начинают значительно превалировать над сознанием. А.А. Антоньев и соавт. [11] считают необходимым введение полового воспитания в школах, усиление санитарно-просветительной работы, организацию досуга граждан, что снизит рост БППП.

Среди заболеваний, передаваемых половым путем, сифилис остается классической “венерической болезнью”, вызывающей особую тревогу.

Распространение сифилиса является индикатором экспансии БППП вообще, вследствие ограничения диагностики других вензаболеваний из-за финансовых и технических трудностей.

1989 год был ознаменован резким ростом показателей зарегистрированных случаев сифилиса в новых независимых государствах бывшего Советского Союза [12]. Во многих странах заболеваемость сифилисом увеличилась в 15-30 раз. В 1994 г. уровень заболеваемости сифилисом выше 50 на 100 000 населения был зарегистрирован в Белоруссии, Казахстане, Латвии, Республике Молдова, Российской Федерации и Украине. Интенсивный показатель заболеваемости сифилисом в Казахстане в 1996 году составил 231,2 на 100 000 жителей, по сравнению с 1995 годом заболеваемость возросла на 90% [13].

Однако реальные цифры распространенности сифилиса и других БППП, очевидно, значительно выше, так как не все больные обращаются в лечебно-профилактические учреждения, ища помощи у частных специалистов.

Угрожающий характер приобрела заболеваемость сифилисом среди детей и подростков, с преобладанием полового пути заражения [14,15]. Так, в Англии 82% девочек в возрасте 14-17 лет живут половой жизнью, в США - 5% больных сифилисом моложе 25 лет, в Швеции 37% больных гонореей являются студентками высших учебных заведений [4]. В 1995 году по данным российских ученых насчитывалось более 41 тысячи детей в возрасте до 17 лет, больных сифилисом и гонореей, которые были заражены половым путем, 66% из них не достигли 14-летнего возраста [16].

В 1996 году в Казахстане заболеваемость сифилисом подростков 15-17 лет составила 179,0 на 100 000 представителей этого слоя населения. Как показали данные социологического исследования, проведенного НИ КВИ совместно с институтом Гиллера весной 1997 года, в г. Алматы 1/3 подростков 15-17 летнего возраста имеет опыт сексуальных контактов. Следовательно, риск заразиться сифилисом сексуально активных подростков существенно выше, чем у взрослых [13].

БППП и, в первую очередь, сифилис могут стать базисом для быстрого распространения ВИЧ/СПИД, что в условиях нынешней социально-экономической нестабильности может принять характер национальной катастрофы.

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) уже превратился в ужасное бедствие для человечества. По-прежнему отсутствуют доступные по цене лекарства и методика лечения, в связи с чем число жертв СПИДа продолжает расти. По данным ЮНАИДС, в 1997 году от СПИДа погибло около 6 миллиона человек, 30 миллионов заразились вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

По состоянию на 1 января 2011 года в Казахстане зарегистрирован 15571 случай ВИЧ-инфекции. Резко обострившаяся в июне 1996 года ситуация по ВИЧ-инфекции в течение последних лет стабилизировалась, отмечается снижение темпов

распространения инфекции. Специалисты отмечают, что распространение ВИЧ-инфекции в Казахстане происходит преимущественно в труднодоступных группах населения, практикующих рискованное поведение. Отсюда и стереотип, что СПИД – болезнь потребителей инъекционных наркотиков, работниц сексуальной «нивы» и мужчин, предпочитающих секс с мужчинами, а также заключенных.

СПИД как болезнь, передающаяся преимущественно половым путем, представляет интерес как в плане частой ассоциации его с другими наиболее распространенными венерическими заболеваниями, так и в связи с особенностями полового поведения среди групп повышенного риска.

Однако в процессе роста числа ВИЧ-инфицированных, возникнет такое соотношение путей передачи вируса иммунодефицита, которое соответствует нынешней социальной ситуации и сексуальной морали [13]. Тем более что установлено: риск инфицирования ВИЧ у больных с генитальными язвами при половом контакте возрастает в 50 раз. При изучении распространенности ВИЧ-инфекции среди гетеросексуальных групп населения высокого риска в Африке обнаружена связь серопозитивности с язвенным поражением гениталий и позитивными результатами серологических тестов на сифилис [17]. В этих исследованиях прослеживается связь между ВИЧ-инфекцией и язвенным поражением гениталий и после внесения поправок на мешающие факторы, например, число половых партнеров.

Таким образом, распространение традиционных БППП чревато экспансией ВИЧ/СПИДа, а дерматовенерологи оказываются на переднем крае диагностики не только болезней, передаваемых половым путем, но и ВИЧ/СПИДа. Их пациенты составляют группы повышенного риска по ВИЧ-инфекции.

Анализ заражения людей ВИЧ свидетельствует, что в странах Европы и США на половой путь передачи инфекции приходится свыше 50% заражений [13]. В Казахстане на сегодняшний день есть случаи ВИЧ/СПИДа, обусловленные всеми возможными путями передачи инфекции, в том числе инъекционный, гетеро- и гомосексуальный.

На темпах распространения ВИЧ сказываются как биологические, так и поведенческие факторы. К основным биологическим факторам ученые относят длительный период ВИЧ-инфицирования без проявления симптомов, риск инфицирования различными путями, ряд сопутствующих факторов, таких как одновременное инфицирование другими, передающимися половым путем, заболеваниями [18,19].

Тем не менее, распространение ВИЧ может быть в значительной степени замедленно за счет изменения в поведении: снижении количества половых партнеров и партнеров по внутривенному введению наркотиков, использование презервативов, одноразовых шприцев для внутривенных инъекций. Лица с максимальным количеством партнеров и минимальным уровнем защитного

поведения составляют группу, наиболее предрасположенную к заражению и непреднамеренному распространению ВИЧ.

Особый интерес представляет сочетание у больных СПИДом сифилитической инфекции. По данным специализированной научно-исследовательской лаборатории эпидемиологии и профилактики больных СПИДом 18,5% инфицированных ВИЧ одновременно страдают сифилисом [23]. Lidegaard O. с соавт. [4] объясняет это аналогичной сексуальной ориентацией заболевших.

Характер взаимного влияния инфекций на организм человека мало изучен. В отчете Рабочей группы по иммунологии СПИДа, организованной ВОЗ и Комитетом по клинической иммунологии Международного союза иммунологических обществ, указано, что все БППП играют роль в повышении риска прогрессирования ВИЧ-инфекции в СПИД, если они локализуются на участках вторжения этого вируса [20].

Не только ВИЧ-инфекция, но и БППП чаще регистрируются у гомо- и бисексуалистов, что по всей вероятности связано с частой микротравматизацией слизистой прямой кишки, облегчающей проникновение микробов в ткани, беспорядочными половыми связями, а также особенностями иммунной системы гомосексуалистов [21,22].

Иммунологическими и серологическими обследованиями у мужчин-гомосексуалистов установлено частое выявление антител к вирусам гепатита В, простого герпеса, Эпштейна-Барр, цитомегаловирусу, а также положительные реакции на сифилис и токсоплазмоз [21].

По мнению ряда авторов [23,24], иммунная система лиц из групп повышенного риска находится в хронически активизированном состоянии вследствие одновременного воздействия вирусной и паразитарной инфекций, что может способствовать повышенной чувствительности к ВИЧ и прогрессирования заболевания.

С другой стороны угнетение иммунитета у ВИЧ-инфицированных больных, несомненно, влияет на течение и иммунологические изменения БППП, подчас трансформируя их течение и клинические проявления до необычных форм [25,26]. Это обстоятельство часто затрудняет постановку диагноза, а также ведение и лечение этих больных, особенно в случаях сочетания ВИЧ-инфекции и сифилиса.

D.R. Johns и соавт. [26] сообщали о 4 наблюдениях нейросифилиса (2 - сифилис сосудов головного мозга, 1 - острый сосудистый менингит, 1 - бессимптомный нейросифилис) среди молодых гомосексуалистов, имевших положительные серологические реакции на ВИЧ. По мнению авторов ВИЧ-инфекция подавляет иммунитет (особенно клеточный) и способствует раннему поражению нервной системы бледной трепонемой, а также тяжелому течению сифилиса, что является основанием для внесения нейросифилиса в растущий список сигнальных симптомов СПИДа.

Н.С. Потекаев с соавт. [27] также наблюдали больного сифилитическим

энцефалитом и сифилитическим гепатитом ассоциированных с ВИЧ-инфекцией. Сифилитическое поражение головного мозга по типу энцефалита, как считают авторы, - исключительно редкое явление, как у иммунокомпетентных лиц, так и у лиц, страдающих иммунной недостаточностью. Распознавание сифилитического энцефалита и его лечение, особенно на фоне иммунодефицитного состояния, представляет большие трудности.

В.И. Покровский с соавт. [25] наблюдали 5 больных сифилисом серопозитивных по ВИЧ-инфекции, у которых наблюдались особенности в клинике и течении сифилиса: сокращение сроков развития вторичного периода, необычные клинические проявления (зуд, синюшно-розовая окраска элементов, геморрагические высыпания) и раннее поражение нервной системы. Авторы рекомендуют обследование всех ВИЧ-инфицированных на сифилис с применением полного комплекса серологических тестов и обследование всех больных сифилисом на вирус иммунодефицита человека.

Необычное течение сифилиса на фоне ВИЧ наблюдали у трех больных Л.И. Козенко с соавт. [28]. Все больные вели аморальный образ жизни, вступали в случайные половые связи, нигде не работали, двое страдали наркоманией.

Сифилис на фоне ВИЧ-инфекции имеет подчас необычное клиническое течение, что затрудняет своевременную диагностику, представляет определенные трудности в лечении больных, усугубляет течение ВИЧ, способствуя быстрому прогрессированию его в СПИД.

Таким образом, не теряет своей актуальности положение ВОЗ о том, что именно контроль БППП является наиболее перспективным методом профилактики ВИЧ/СПИДа.

#### **Литература:**

1. Абдрахманова А.О. *Среда обитания и фактор распространения инфекций, передающихся преимущественно половым путем, и ВИЧ/СПИД / Материалы международной конференции «Актуальные проблемы экологии».* – Караганда, 2002. – С. 170-172.
2. Гребенников В.А., Жаров Л.В., Ометов В.К. *О легализации публичных домов // Вестн. дерматол.* 1999.- №2.- С. 14-15.
3. Лосева О.К., Наихоев М.Р. *О легализации проституции и мерах по снижению уровня заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, среди работниц коммерческого секса // Вестн. дерматол.,* 1999.- №2.- С. 12-14.
4. Lidegaard O., Helm H. *Sexual and reproductive life events in relation to duration of oral contraceptive use // Contraception.*- 1988.- Vol. 38, No1.- P. 69-77.
5. *Global programme of AIDS and programme of STD. World Health Organisation. J. AIDS* 1998; 2:3:248-255.
6. Абдрахманова А.О. *Связь болезней, передающихся половым путем с ВИЧ/СПИД в г. Темиртау Карагандинской области. / Материалы Второго конгресса дерматовенерологов РК. Алматы, 2000.* – С. 144-145.
7. Mass R., Duguet F. *Knowledge and attitudes toward STD. Can J Publ Hlth* 1998; 80:4: 244-248.
8. Sandfort T.G., van Zessen D. *Denial as a Barrier for Hiv Prevention Within the General*

*Population, Sex. Transm. Hiv infections. Haworth 1992; 70-89.*

9. Скотт Г.Р., Пикок У., Камерун С. Клиника для патронажной работы с проститутками в Эдинбурге // Пер. с англ. ЗППП 1997.- №6.- С. 12-16.

10. Бондаревский Я.И. О проституции и инфекциях, передаваемых половым путем // Вестн. дерматол. 1999.- №1.- С. 14-15.

11. Антоньев А.А., Романенко Г.Ф., Мыскин В.С. Проституция и заболевания, передаваемые половым путем // Вестн. дермат. 1997.- №6.- С. 20-22.

12. Скрипкин Ю.К. Пути совершенствования противовенерической помощи населению // Сб. науч. работ "Кожные и венерические болезни".- М., 1996.- С.3-11.

13. Кешилева З.Б. Новое в эпидемиологии и организации терапии болезней, передаваемых половым путем в Казахстане // Материалы Респ. семинара-совещания "Актуальные вопросы профилактики, диагностики и терапии болезней, передаваемых половым путем".- Алматы, 1998.- С. 7-17.

14. Лосева О.К. Изучение сексуального поведения больных сифилисом // Сб. науч. работ "Кожные и венерические болезни".- М., 1996.- С.130-140.

15. Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики сифилиса у детей/ К.К. Борисенко, О.К. Лосева, Г.А. Кекилова, В.А. Баратова и др. // Сб. науч. работ "Кожные и венерические болезни".- М., 1996.- С.141-148.

16. Тихонова Л.И. Общий обзор ситуации с инфекциями, передаваемыми половым путем. Анализ заболеваемости врожденным сифилисом в Российской Федерации // Вестн. дерматол., 1999.- №2.- С. 4-7.

17. *Female prostitutes: a risk group for infection with HTLV-III/LAV/ P. Van de Perre, N. Clumeck, M. Garael et al. // Lancet.- 1985.- Vol. 2.- P. 62-65.*

18. Белозеров Е.С., Клебанов Я.А., Сапарбеков М.К. Синдром приобретенного иммунодефицита // Уч. пособ.- Алматы, 1995.- С. 32-40.

19. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД // М.: "Медицина", 1996.- С. 137-139, 139-151, 176-179.

20. Иммунология инфекций вирусом ВИЧ и СПИД: меморандум совещания ВОЗ/ МСИО // Бюл. ВОЗ.- 1987.- Т. 65, № 4.- С. 10-22.

21. *AIDS in Africa: An Epidemiologic Paradigm / T.C. Quinn, J.M. Mann, J.W. Carran, P. Piot // Science.- 1986.- Vol. 234.- P. 955-963.*

22. *Fransen C., Jertborn M., Biberfeld M. Four generations of heterosexual transmission of LAV/HTLV- III in a small Swedish town // III international conference on AIDS. - Paris, 1985.- 123 p.*

23. Сочетание сифилиса и ВИЧ-инфекции/ К.К. Борисенко, Б.И. Зудин, А.Ю. Назарова, Н.Ф. Церауди и др. // Вестн. дерматол.- 1990.- №1.- С. 72-76.

24. *Tompson C.A. A slippery defence against HIV // Lancet .- 1993.- Vol. 342, № 8886-8887.- P.1500.*

25. ВИЧ-инфекция: венерологические аспекты проблемы / В.И. Покровский, Н.С. Потеекаев, В.В. Покровский, Б.И. Зудин и др. // Тер. архив.- 1989.- № 10.- С. 73-76.

26. Абдрахманова А.О. Определение серологических маркеров вирусных инфекций, способных передаваться половым путем. / Материалы II Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы экологии». Караганда, 2003. С. 5-6.

27. Сифилитический энцефалит и сифилитический гепатит у больного ВИЧ-инфекцией / Н.С. Потеекаев, С.Н. Потеекаев, В.В. Покровский, М.И. Кудрина и др. // Вестн. дерматол. 1999.- №2.- С. 69-70.

28. О случаях сочетания сифилиса и ВИЧ-инфекции / Л.И. Козенко, В.Н. Лин, Н.Н. Цабак, А.М. Кириуцов // Вестн. дермат. 1999.- №1.- С. 64.

УДК: 616.8-009.624-084:612.13:617.7-053.9

**«УПРЕЖДАЮЩАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ» КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ  
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ  
ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ У ЛИЦ  
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

*Ж.С. Сыздыков*

*РГП «Больница управления делами  
Президента Республики Казахстан», г. Астана*

В последнее десятилетие отмечается значительное увеличение частоты офтальмологической патологии. Рост зрительных нагрузок, расширение сферы применения мультимедийных устройств на работе и в быту, несомненно, приводят к увеличению частоты зрительных нарушений [1]. Особенно актуальной проблема становится для лиц возрастной группы старше 60 лет. Современные тенденции к увеличению пенсионного возраста, активная и полноценная жизнь пенсионеров теперь неразрывно связана с использованием компьютерных технологий и средств передачи визуальной информации. К сожалению, неизбежным побочным результатом становится рост патологии органа зрения [2]. В неразрывной связи с общей статистикой офтальмологических заболеваний у лиц пожилого возраста наблюдается рост патологии требующей оперативного вмешательства. Необходимо отметить, что на данный факт также оказывает влияние статистика развитых стран по увеличению продолжительности жизни и возрастающие требования к ее качеству [3].

С увеличением количества оперативных вмешательств на органах зрения, врачи-офтальмохирурги стали нуждаться в усовершенствованных методах анестезии, приемлемых для применения у лиц пожилого возраста, учитывающих возрастные особенности, характерные ограничения и особые требования [4]. На данный момент, традиционным в этом смысле стал метод проводниковой анестезии по Ван-Линтону, с заменой классических анестетиков (новокаин, лидокаин) на более современные, например Бупивакаин 0,25%. Метод дополняется ретробульбарной анестезией и обеспечивает оптимальные условия для выполнения большинства офтальмологических вмешательств легкой и средней степени сложности [5].

Однако в нашей практике мы нередко сталкивались с наличием незначительных гемодинамических нарушений в послеоперационном периоде, объясняемых воздействием психоэмоциональной нагрузки и непосредственно самой операционной травмы [6].

С целью усовершенствовать вышеуказанный метод проводниковой анестезии

нами был внедрен в практику метод «упреждающей анальгезии» (УА). Классическая схема премедикации расширяется применением ингибиторов циклооксигеназы (Кетопрофен 1 мг/кг внутримышечно) и производных имидазолина (Клонидин 2 мкг/кг внутримышечно). Таким образом, за счет клонидина нормализуется артериальное давление, особенно у лиц с артериальной гипертензией и предрасположенностью к ней. Стабильность гемодинамики поддерживается за счет снижения уровня катехоламинов. Клонидин снижает потребность в анестетиках и анальгетиках - увеличивается продолжительность регионарной анестезии, препарат обладает седативным эффектом и ликвидирует чувство тревоги [7].

Ингибиторы циклооксигеназы в данном комплексе могут заменить применение местных гормональных препаратов за счет противовоспалительного эффекта, а так же, с целью профилактики тромбоэмболических нарушений – за счет влияния на агрегацию тромбоцитов, что особенно актуально у лиц пожилого возраста [8].

Исследования гемодинамических показателей после офтальмологических операций с применением местной проводниковой анестезии у пациентов старше 60 лет проводились в двух группах – основной и контрольной. В основной группе (n=34) нами применялся метод УА, в контрольной (n=29) премедикация проводилась по классической схеме.

Необходимо отметить, что в основной группе УА способствовала стабилизации показателей артериального давления и частоты пульса на нормальных величинах, без явлений подъема или падения, как в интра – так и в послеоперационном периоде.

В группе без применения УА явления гемодинамических нарушений нами отмечались в 8 случаях, что потребовало коррекции и дополнительного применения гипотензивных средств. Мы объясняем данный факт физиологическими особенностями организма у лиц пожилого возраста, меньшей устойчивостью к операционному стрессу.

Таким образом, внедрение метода УА помогает стабилизировать гемодинамические показатели в послеоперационном периоде без дополнительного применения гипотензивных средств, что является актуальным для обеспечения офтальмологических операций качественной местной проводниковой анестезией у лиц пожилого возраста.

#### **Литература:**

1. Рябцева А.А. *Инновационные проекты и технологии в офтальмологии // Альманах клинической медицины, 2006. - № 12. - С. 157-157.*
2. Болбас З.В., Василевская Н.А., Чикун Е.А. *Возрастная макулярная дегенерация: фактор роста эндотелия сосудов VEGF, шаперон RPE65 и рецепторы семейства PPAR как перспективные мишени лекарственной терапии // Российские медицинские вести, 2010. - Т. 15. - № 3. - С. 37-45.*

3. Васильчиков В.М. Реформа системы социальной защиты населения и качество жизни пожилых людей // Клиническая геронтология, 2006. - Т. 12. - № 4. - С. 3-7.

4. Современная офтальмология. Руководство для врачей/Под ред. В.Ф. Даниличева.-СПб.: Питер, 2000.- 606 с.

5. Страинов В. И., Мамедов А. Д., Шабут А. М. // Современные достижения и перспективы развития регионарных методов анестезии: Сборник докладов и тезисов Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием. — СПб., 2006. — С. 88—89.

6. Дж. Эдвард Морган-мл., Мэвид С. Михаил. Клиническая анестезиология. В 3-х книгах. — 2001. - 1066 с.

7. Бунятян А.А. Рациональная Фармакоанестезиология: руководство для врачей. М., 2006. — 800 с.

8. Никода В. В., Маячкин Р. Б., Бондаренко А. В. // Регионарная анестезия и лечение боли: Тематический сборник. — М.; Тверь, 2004. — С. 80-85.

## ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

### 3-я Исламская конференция министров здравоохранения



29 сентября - 2 октября 2011 года в Астане прошла 3-я Исламская конференция министров здравоохранения, проходившая в рамках председательства Казахстана в Организации исламского сотрудничества (ОИС). В работе конференции приняли участие более 400 делегатов, включая представителей 57 государств-членов ОИС.

Приветственное слово Главы государства Н.А. Назарбаева в ходе церемонии официального открытия III Исламской конференции министров здравоохранения зачитал Государственный секретарь РК Канат Саудабаев.

«Вопросы здравоохранения неизменно являются одними из приоритетных в глобальном масштабе. Многие вопросы здравоохранения имеют международное значение, мы можем решить их только вместе. На сегодняшней конференции предлагаю рассматривать вопросы здравоохранения по сохранению здоровья человечества. Мы планируем дальнейшее укрепление сотрудничества по вопросам

охраны детства и материнства, борьбы со СПИДом, туберкулезом», - отметил Н.Назарбаев.

В рамках конференции состоялось обсуждение проекта Стратегической программы действий в сфере здравоохранения для государств-членов ОИС на 2012-2022 годы.

Основной документ III Исламской конференции министров здравоохранения ОИС - Астанинская декларация состоит из трех основных положений: усиление системы здравоохранения для возможности исполнения требований международных медико-санитарных правил, утвержденных в 2005 году, улучшение здоровья матери и ребенка, включая безопасное материнство, борьба с анемией, вакцинация и борьба с неинфекционными заболеваниями, создание потенциала по производству медикаментов и вакцин, а также полное искоренение полиомиелита в странах - членах ОИС.

На форуме принят ряд решений по борьбе с такими болезнями, как ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярия, полиомиелит. По мнению участников конференции, в этом вопросе важны сотрудничество, координированные действия с ВОЗ, Глобальным фондом. Были даны конкретные рекомендации, но все меры будут приниматься на национальных уровнях, а международные организации – ОИС, Исламский банк развития и другие будут содействовать в оказании финансовой помощи, в обмене технологиями, обеспечивать экспертное сопровождение.

Одна из главных тем конференции – лекарственное обеспечение, производство собственных вакцин в исламских государствах. И в этом вопросе все участники выразили единую позицию: странам необходимо развивать фармацевтическое производство, Исламский банк развития готов принимать заявки на оказание финансовой помощи.

Индонезия, сделавшая в последнее время рывок в сфере фармпроизводства, готова, как сказал заместитель министра здравоохранения Индонезии Тияндра Йога Адитама, поставлять лекарства в другие страны, а также сотрудничать в развертывании производства препаратов и вакцин.

По словам Э. Байжунусова, и Казахстан может служить примером целенаправленной политики в области развития фармацевтического производства: сегодня в республике работают восемь фармзаводов, и в рамках Госпрограммы форсированного индустриально-инновационного развития реализуются еще 12 проектов.

3-я Исламская конференция министров здравоохранения дала высокую оценку ее организации, а главное – ее содержанию. Теперь же предстоит в течение двух лет реализовать все намеченное.

По единодушному мнению участников этого представительного форума, он прошел весьма успешно и плодотворно.

Итоговым документом форума было принятие Астанинской декларации Третьей Исламской Конференции Министров здравоохранения ОИС.

## **Астанинская декларация Третьей Исламской Конференции Министров здравоохранения ОИС**

По итогам заседания главами-участниками были единогласно приняты документы Конференции - Астанинская декларация, ряд резолюций, а также утверждены дата и место проведения Четвертой Исламской Конференции Министров здравоохранения, которая состоится в Индонезии в 2013 году.

Основной документ Третьей Исламской Конференции Министров здравоохранения ОИС - Астанинская декларация состоит из трех основных положений: усиление системы здравоохранения для возможности исполнения требований международных медико-санитарных правил, утвержденных в 2005 году, улучшение здоровья матери и ребенка, включая безопасное материнство, борьба с анемией, вакцинация и борьба с неинфекционными заболеваниями, создание потенциала по производству медикаментов и вакцин, а также полное искоренение полиомиелита в странах - членах ОИС.

В заключительном выступлении заместитель Генерального секретаря ОИС Абдель Беиз Бухари высоко оценил организацию работы Третьей Исламской Конференции Министров здравоохранения в Казахстане, отметив, что Астанинская декларация еще раз объявляет наше обязательство перед странами в борьбе против распространения ВИЧ/СПИД, туберкулезом, малярией.

Заместитель Генерального секретаря ОИС, отметил особое гостепреимство Казахстана, ее столицы - Астаны и поблагодарил за столь теплый прием, что, безусловно, способствует еще большему успеху в продвижении работы Конференции стран-участников ОИС.

В ходе заключительного заседания было предоставлено слово Генеральному инспектору Министерства здравоохранения Исламской Республики Иран Хомаюм Химати, заместителю министра Республики Индонезия Тияндре Йогге Адитаге, которые выразили свою признательность и благодарность в адрес высокого уровня организации конференции в Казахстане и готовность сотрудничать со всеми странами ОИС.

В свою очередь, Министр здравоохранения Республики Казахстан Салидат Каирбекова подытожила работу трехдневной конференции, отметив, что за это короткое время все участники ОИС постарались охватить основные направления работы, принят ряд резолюций, что, безусловно, даст новый виток отношениям, которые позволят продуктивно работать. Министр здравоохранения РК Салидат Каирбекова поблагодарила всех членов делегаций за продуктивное и тесное сотрудничество в сфере здравоохранения, выразив уверенность в том, что столица Индонезии - Джакарта станет последующей диалоговой площадкой между странами ОИС в решении многих вопросов, которые были затронуты на данном заседании, требующих совместных усилий.

## Международный медицинский Деловой Форум «Госпиталь будущего»

«Площадкой внедрения новых медицинских технологий станет «Госпиталь будущего». Его я рассматриваю как локомотив развития всей казахстанской системы здравоохранения. Он призван стать образцом внедрения в Казахстане передовых методов лечения и новейших медицинских технологий».

**Н.А.Назарбаев**

8-9 сентября 2011 года в Астане во Дворце независимости состоялся II-ой Международный Медицинский Деловой Форум «Госпиталь будущего». Организатором мероприятия выступил АО «Национальный медицинский холдинг».

Основной идеей проведения форума явилось поручение Главы государства Назарбаева Н.А. о создании в Казахстане «Госпиталя будущего» с привлечением международного опыта больничного управления и реализация государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. Форум проходит в рамках празднования 20-летия Независимости Республики Казахстан.

Основными целями Форума были: создание дискуссионной площадки для обсуждения мировых и отечественных тенденций менеджмента в здравоохранении, развитие деловых партнерских отношений среди участников Форума, предоставление руководителям казахстанских организаций здравоохранения возможности ознакомиться с управленческим опытом и практикой зарубежных коллег.

Торжественное открытие Форума прошло с участием Заместителя Премьер-Министра РК Орынбаева Е.Т., Министра здравоохранения РК Каирбековой С.З., Президента АО «Назарбаев Университет» Шигео Катсу, а также представителей международной и республиканской медицинской общественности. Во Дворце независимости встретились мировые эксперты и представители международных организаций в области управления здравоохранением США, Европы, Юго-Восточной Азии, СНГ. На Форум были приглашены депутаты Парламента РК, представители Администрации Президента РК, Канцелярии Премьер-Министра РК, НДП «Нур Отан», ряда министерств и ведомств, руководители региональных органов управления здравоохранением, представители медицинской и фармацевтической индустрии, государственных и частных медицинских организаций, а также неправительственных организаций здравоохранения и средств массовой информации. В работе форума приняли участие около 700 человек.

Международный медицинский деловой форум продлился два дня. В первый день Форума ведущие мировые эксперты и представители международных организаций в области управления здравоохранением из ближнего и дальнего зарубежья, а также отечественные специалисты представили показательные доклады с обсуждением актуальных вопросов в области управления организациями здравоохранения.

С докладом об отечественной подготовке менеджеров в системе



здравоохранения выступил заместитель председателя Исполнительного совета Назарбаев Университета, председатель Совета директоров Национального медицинского холдинга Алмаз Шарман. Он поделился особенностями совместной с Дюкским университетом учебной программы.

"Нашей задачей является то, чтобы в будущем профессионалы были компетентны в медицинских вопросах и стали эффективными партнерами для других медиков, советниками для пациентов, организаторами пропаганды здоровья. Важным является двухэтапное образование в Назарбаев Университете, которое подразумевает обучение по программе бакалавриата еще до поступления в школу медицины и школу бизнеса. Одним из приоритетных направлений Назарбаев Университета является подготовка научных кадров для здравоохранения, это будет осуществляться в рамках деятельности Центра "Наука жизни". В медицинских подразделениях Назарбаев Университета подготовка научных врачебных кадров сопряжена с потребностью клиник Национального медицинского холдинга и Центром "Наука жизни", - сказал Шарман.

Во второй день прошла серия обучающих семинаров с участием иностранных и казахстанских экспертов в сфере больничного управления в секциях по стратегическому планированию, качеству медицинских услуг, оптимизации бизнес-процессов, корпоративному управлению и финансовому менеджменту.

В качестве ключевых спикеров на Форум были приглашены такие авторитетные международные эксперты в области здравоохранения, как управляющий директор Международной Объединенной Комиссии Шерри Кофилд, управляющий директор по Европейскому региону Международной Объединенной Комиссии Карло Рампони, Глава офиса Всемирной организации здравоохранения в Республике Казахстан доктор Мелита Вуйнович, член Правления международной управляющей компании ВАМЕД Готфрид Коос, Председатель Правления и Медицинский директор Университетской клиники Саарланда Ганс Кёллер, профессор школы государственной политики им. Ли Куан Ю, Национальный университет Сингапура Пуа Кай Хонг, генеральный директор компании ТОО «Governance&Management Consulting» Градислава Ахметова и другие.

Международный медицинский деловой форум явился идеальной площадкой для обсуждения мировых тенденций в области управления здравоохранением, решения теоретических и прикладных задач современной медицины, презентации инновационных программ, технологий и проектов, инвестирования и развития частно-государственного партнерства в области здравоохранения.

Цель форума достигнута. Обсуждены наиболее актуальные вопросы развития медицинской отрасли, налажены долгосрочные партнерские отношения с ведущими международными компаниями.

## ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛЕ «ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ»

1. Статьи представляются по общепринятой в мировой практике периодических изданий логике: введение, актуальность и новизна проблемы, представление материалов собственного исследования, обобщение результатов, заключение (выводы).

Материалы оригинальных исследований рекомендуется представлять по разделам: цель, задачи, методы, результаты и их обсуждение, выводы.

2. Статья должна быть представлена в редакцию в распечатанном виде с подписями авторов и обязательно в электронном варианте. Статьи, направленные в редакцию по электронной почте, должны быть продублированы письмом. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме 7 - 10 страниц, обзорные статьи не должны превышать 15 страниц, интервал полуторный, шрифт 14 кегль, поля справа – 1,5; слева – 3,0; сверху и снизу по 2,0 см.

### ***Нумерацию страниц не проставлять!***

3. В выходных данных указываются: УДК в левом верхнем углу; по центру - название статьи (прописными буквами, п/жирный), инициалы и фамилии авторов, название учреждения, в котором выполнена работа, город; в конце статьи - электронный и почтовый адрес авторов, контактный телефон. Статья должна быть тщательно выверена авторами.

4. Формулы и расчеты должны быть написаны четко, с указанием на полях букв алфавита (русский, латинский, греческий), а также прописных и строчных букв, показателей степени, индексов, букв или цифр, когда это неясно из текста.

5. Таблицы должны быть компактными, иметь название, в тексте статей обязательны ссылки на каждую таблицу. Представленные в таблицах цифровые данные не должны расходиться с цифрами в тексте. Обязательна статистическая обработка со ссылкой на рассчитываемые коэффициенты.

6. Рисунки должны быть четкими, легко воспроизводимыми и не содержать текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисуночные подписи. В тексте должна быть ссылка на каждый рисунок.

7. ***Резюме на 2х языках:*** русском, казахском или английском, 10-15 строк, состоять из: названия статьи, инициалов и фамилий авторов, текста, ключевых слов; шрифт 12, межстрочный интервал 1,0; текст резюме *курсивом*; название и фамилия авторов – п/жирным.

8. ***Список литературы*** шрифтом 12, межстрочный интервал 1,0, указывается в тексте в квадратных скобках – порядковый номер источника по мере упоминания цитируемой литературы. Количество источников в статье не должно превышать 15, в обзоре литературы – 50, за прошедшие 5-10 лет.

9. Если упоминается несколько работ одного автора, их нужно указывать по возрастанию годов издания. Статья, написанная коллективом авторов (более 4 человек), помещается в списке литературы по фамилии первого автора, и указываются еще два автора, далее ставится и др., если авторов всего 4, то указываются все авторы.

10. Правило оформления библиографии:

После фамилий авторов приводится полное название статьи, источника, год, том, номер, выпуск, страницы от и до. Для книг и сборников обязательно точное название, город, издательство, год, общее количество страниц. Монография, написанная коллективом авторов (более 4 человек), помещается в списке по названию книги, через косую черту указываются фамилии трех авторов, а далее ставится «и др.».

В монографиях иностранных авторов, изданных на русском языке, после названия через двоеточие указывается, с какого языка сделан перевод. Фамилии и все инициалы иностранных авторов в тексте даются в иностранной транскрипции.

Ссылки на неопубликованные работы, в том числе на авторефераты и диссертации, рабочие документы ВОЗ, не допускаются.

11. Направленные в редакцию работы, опубликованные ранее, к изданию не допускаются.

12. Редакция журнала оставляет за собой право вносить стилистические изменения, включая название статей, термины и определение.

13. Статьи, оформление которых не соответствует указанным требованиям, к публикациям не принимаются. Рукописи авторам не возвращаются.

Публикации направлять в АО «Республиканский детский реабилитационный центр», отдел образования и научно-инновационных технологий, г. Астана, ул. Туран, 36. Контактный телефон: 8 (7172) 51-15-43

Е-mail: [journalrdrc@mail.ru](mailto:journalrdrc@mail.ru)

Публикация платная. Оплата за статью производится из расчета 500 тенге за одну страницу. При оплате следует указывать РНН и адрес автора с пометкой «За публикацию статьи в журнале «Вопросы реабилитологии»

Банковские реквизиты:

АО «Республиканский детский реабилитационный центр»

г. Астана, пр. Туран, дом 36

РНН 620 200 308 320

ИИК KZ258560000000516844 (платный)

АО «Банк Центр Кредит»

Филиал г. Астана

БИК КСJB KZ KX, КБЕ 16

### **Рубрики журнала:**

1. Физиология и психология
2. Нутрициология, лечебное питание
3. Фармакологическая поддержка в реабилитологии
4. Неотложные состояния и ранняя реабилитация
5. Функциональная диагностика в реабилитологии
6. Биомедицинские и инновационные технологии в реабилитации
7. Лечебная физкультура, спортивная медицина, физиотерапия и гигиена
8. Сопровождение лиц с ограниченными возможностями
9. Социальная реабилитация, адаптация и коррекционная педагогика
10. Организация реабилитационной помощи, качество реабилитационных услуг
11. Восстановительная медицина, профилактика, здоровый образ жизни
12. Паллиативная медицина
13. Дайджест новостей из мира медицины и реабилитологии
14. Памятные даты