



ВПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ

ISSN 2222 - 2014

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ №4 /2012



ISSN 2222-2014

0 3



9 772222 201114

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

Бас редактор
Главный редактор
Editors-in-Chief

**Медицина ғылымының докторы
Шолпан Әділжанқызы Бөлекбаева**

**Доктор медицинских наук
Шолпан Адильжановна Булекбаева**

**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

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

**Республиканский детский
реабилитационный центр
E-mail: journalrdrc@mail.ru**

Цель и содержание:

Научно-практический журнал «Вопросы реабилитологии» 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

«ОҢАЛТУДЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ» ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ «ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ»
«REHABILITATOLOGY QUESTIONS» JOURNAL

ISSN 2222 - 2014

Научно-практический журнал издается 3 раза в год

Редакционная коллегия:

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.,
Кусаинова К.К., 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. Туран, 36,
АО «РДРЦ»
Телефон/факс: (7172) 511-557
Телефон: (7172) 511-543
E-mail: journalrdrc@mail.ru

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

СОДЕРЖАНИЕ

1. СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ	
Булекбаева Ш.А., Джумаева Л.Ш.....	5
2. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МУЛЬТИСЕНСОРНОЙ СИСТЕМЫ «ОМИ-ВИСТА» В РАБОТЕ СЕНСОРНОЙ КОМНАТЫ	
Е.Т. Лильин, И.В. Кудрявцева.....	11
3. ПРОБЛЕМЫ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В СПИНЕ	
Дарибаева С.А.	20
4. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМА УПРАВЛЕНИЯ В ПМСП	
Оспанова А.Х., главный врач, к.м.н.	26
5. ПОДИАТРИЧЕСКИЙ ПОДХОД ОРТЕЗИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ТОО «ОРТЕЗИСТ».	
Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Сатжанов А.Б., Бердиев Т.С.	30
6. КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	
Ж.Р.Дарибаев, С.А.Дарибаева	34
7. ДИНАМИЧЕСКАЯ ПРОПРИОЦЕПТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПНЕВМОКОСТЮМОМ «АТЛАНТ» В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП	
Курманбекова З.М., Мусаева К.К., Варзина Т.В.....	37
8. БАЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛДЫ САЛДАНУЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ ТҮРЛЕРІ.	
Ш.А. Булекбаева, Б.С. Кененбаева, М.О. Кенжебекова	41
9. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РОБОТИЗИРОВАННОЙ ЛОКОМОТОРНОЙ ТЕРАПИИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ДЕТСКОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ	
Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Ризванова А.Р., Шакенов М.Ж.	45
10. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЭТАПНОЙ КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ	
Булекбаева Ш.А., Султанова Г.М., Джаниева Т.С., Мырзабекова Ж.Ж.	48
11. ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР» ЗА 2011 ГОД	53
12. ЧЕМЕРИС А.В. К 60-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
13. ЛУЧШАЯ КЛИНИКА 2011 ГОДА63
14. ПАМЯТИ АСАТОВОЙ А.Б.62
15. ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО64

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ

*Булекбаева Ш.А., Джумаева Л.Ш.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр»*

Одной из стратегических задач Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы является ориентация здравоохранения на охрану здоровья детского населения путем усиления профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствования диагностики, лечения и реабилитации основных социальнозначимых заболеваний и травм [2].

Большая роль в снижении заболеваемости у детей в раннем возрасте отводится своевременному выявлению патологии и проведению адекватных реабилитационных мероприятий. В реализации данной задачи МЗ РК разработаны ряд нормативно –правовых актов, регламентирующие вопросы оказания реабилитационной помощи.

С 2009 года восстановительное лечение и медицинская реабилитация введены в Перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (приказ МЗ РК от 15.12.09. № 2136), в номенклатуру медицинских и фармацевтических специальностей внесена специальность «медицинская реабилитология, восстановительное лечение (физиотерапия, лечебная физкультура, курортология) (взрослая, детская)» (приказ МЗ РК от 24.11. 2009 года № 774 «Об утверждении номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей»).

В реализации Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и в целях обеспечения профилактики заболеваний у детей приняты ряд нормативно-правовых актов:

- Приказ Министра здравоохранения РК от 30 сентября 2009 года № 630 «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения»;
- Приказ МЗ РК от 17 сентября 2010 года №729 «О мерах по совершенствованию профилактической помощи детям раннего возраста в Республике Казахстан»;
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 июля 2009 года №379 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил скрининга психофизического развития детей раннего возраста»;
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 сентября 2009 года № 478 «Об утверждении Правил организации скрининга и диагностики нарушений слуха

у детей раннего возраста»;

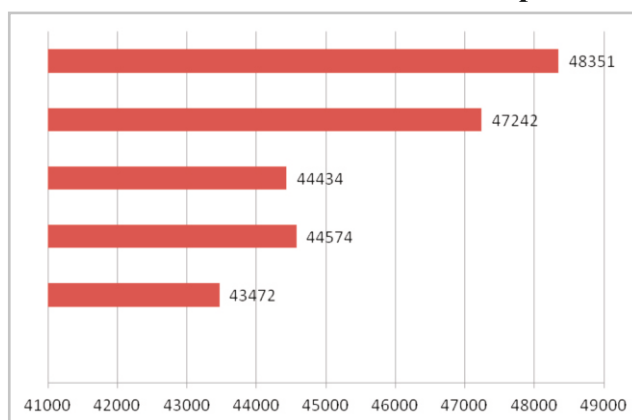
Утверждены Постановлением Правительства Республики Казахстан №1342 от 15.11.2011г. «Правила оказания восстановительного лечения и медицинской реабилитации, в т.ч. детской медицинской реабилитации» [1].

К основным показателям, характеризующим здоровье детского населения, относится и уровень инвалидности. Детская инвалидность является актуальной медико-социальной проблемой современного общества, которая служит важным индикатором состояния здоровья детского населения и качества медицинской помощи.

В настоящее время, согласно данным Министерства труда и социальной защиты населения РК в Казахстане проживает более 563 тыс. инвалидов, в том числе по состоянию на 01.01.2012 года 48 351 детей инвалидов до 16 лет (2010 году - 47 242, 2009 году – 44 434, в 2008 году – 44 574, 2007 году - 43 472).

**Динамика численности инвалидов за 2007-2011г
численность детей инвалидов в возрасте до 16 лет.**

Рис.1

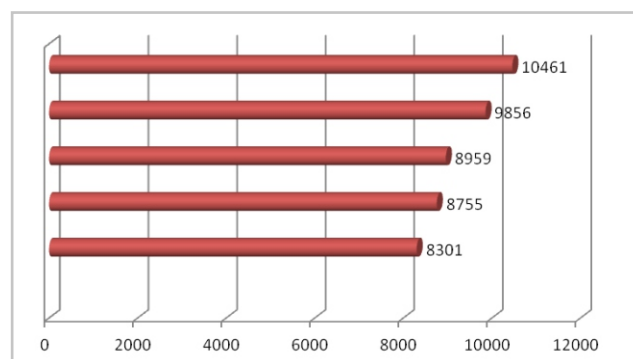


Как видно из рис. 1 за последние пять лет инвалидность среди детей до 16 лет возросла на 10%.

Основную группу в структуре формирования детской инвалидности занимают больные с заболеванием детский церебральный паралич. Количество детей инвалидов с заболеванием детским церебральным параличом за последние 5 лет выросло на 1,2 раза в сравнении с 2006 годом и по данным Министерства здравоохранения РК на 01.01.2012г. их количество составило 10 461 детей.

**Численность детей с детским церебральным параличом
в возрасте до 16 лет (тыс.чел.) за 2007-2011 годы**

Рис.2



Среди факторов, провоцирующие возникновение инвалидности у детей, можно выделить следующие: биологические – высокий уровень хронических, врожденных и генетических заболеваний у родителей, патология перинатального периода; медико-организационные – позднее выявление заболевания до установления инвалидности и начала реабилитации; социально-средовые – ухудшение экологической обстановки, социальное неблагополучие семей.

Основными причинами в структуре детской инвалидности на 1 месте занимает инвалидность от заболеваний нервной системы – 34,3 % (2010 год - 34 %), из них ДЦП 62,9 %; на 2 месте - врожденные аномалии (пороки развития) – 28,4 % (2010 год - 26,4 %); на 3 месте - психические расстройства и расстройства поведения – 10,7 % (2010 год - 11,1 %)

Последующие места занимает инвалидность вследствие хронических форм заболеваний.

Реабилитационная помощь детям с ограниченными возможностями оказывалась в 2011 году в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания, отделениях медицинской реабилитации и восстановительного лечения, реабилитационных центрах городского, областного и республиканском уровнях. Реабилитационные центры, осуществляющие реабилитацию детям с ограниченными возможностями, находятся в ведении различных министерств, ведомств и частной собственности: 10 – МЗРК, 7 – МТСЗ РК, 15 - МОН РК, 2 – частные, 11 – центрами неправительственных организаций, а также 8 санаторно-курортными организациями.

Кроме того, в республике имеется 55 областных, городских и районных психолого-медико-педагогических консультаций, в том числе одна из них является республиканской, 123 кабинета психолого-педагогической коррекции и 345 логопедических пунктов.

В обеспеченности детского населения койками восстановительного лечения и медицинской реабилитации в медицинских организациях отмечается позитивная тенденция. Показатель обеспеченности реабилитационными койками в 2011 году вырос в сравнении с 2010 годом и составил в среднем 3,1 на 10 тыс. детского населения (2,9 в 2010г.), вместе с тем, обеспеченность койками в 6-10 раз ниже, чем в развитых странах (Франция, Германия и Австрия).

Общее количество детей, получивших реабилитационное лечение в медицинских и санаторно-курортных организациях, принадлежащих МЗ РК, составило более 46, 4 тыс. детей, в том числе более 2,4 тысяч детей оздоровлено в стационарах дневного пребывания и дневных стационарах поликлиник.

Комплексная реабилитационная помощь детям с применением *новейших* методов диагностики и реабилитации осуществлялась в 2-х республиканских реабилитационных центрах: РДРЦ «Балбулак» г. Алматы (75 коек) и АО «Республиканский детский реабилитационный центр» г. Астана (300 коек).

Одним из лучших центров в республике по оказанию комплексной реабилитации

является АО «Республиканский детский реабилитационный центр», который со дня открытия в реабилитационном процессе широко использует высокотехнологичные виды оказания реабилитационной помощи.

В комплексной реабилитации внедрены инновационные методы диагностики и реабилитации с использованием современного, высокотехнологичного оборудования: стабилметрия-постурография, метод динамической проприоцептивной коррекции, инъекции ботулинического токсина А, ортезирование, метод биологической обратной связи, инсулиновая помпа, логопедический массаж, Монтессори – педагогика и др. В 2011 году внедрена в реабилитацию детей роботизированная кинезотерапия на аппарате «Локомат» - новое направление моторной реабилитации пациентов с применением роботизированных комплексов (первый в Казахстане). Данный метод включен в перечень высокоспециализированной помощи.

По организации индивидуального подхода в лечении пациента, в Центре работает группа специалистов, состоящая из высокоспециализированных врачей (мультидисциплинарная команда), координируемая врачами реабилитологами и заведующими отделениями.

С 2008 года АО «РДРЦ» является базовым учреждением по проведению циклов повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения, с привлечением зарубежных ведущих специалистов ежегодно на базе клиники проводятся мастер-классы, образовательные услуги с выездом в регионы.

Вместе с тем, несмотря на положительную динамику развития реабилитационной службы в республике, в существующей системе имеются недостатки и нерешенные вопросы.

В связи с чем, для дальнейшего совершенствования и развития системы реабилитационной службы в республике, необходимо:

1. В законодательной сфере:

- совершенствование нормативно-правовой базы, регулирующей вопросы штатных нормативов, укрепления материально-технической базы организаций, оказывающих реабилитационную помощь:

- внесение дополнений в действующий приказ МЗ РК от 07.04.2010г. №238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» (штатные должности реабилитационных центров, отделений/кабинетов, включая должности игротерапевта, музыкотерапевта, трудотерапевта);

- разработка нормативного правового акта, регламентирующего деятельность педагогов школ, находящихся в составе медицинских учреждений

- внесение дополнений в действующий приказ МЗ РК от 27.11.2010г. №850 «Об утверждении минимальных стандартов (нормативов) оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения государственных организаций здравоохранения» (утверждение минимальных нормативов оснащенности медицинским оборудованием,

медицинской техникой и изделиями медицинского назначения реабилитационных центров, реабилитационных отделений;

- совершенствование системы вузовской и послевузовской подготовки врачей, путем включения в программу совершенствования врачей всех специальностей цикл лекций и занятий по вопросам организации, методов восстановительного лечения, медицинской реабилитации.

2. *В сфере повышения доступности и обеспечения потребности населения в качественных реабилитационных услугах:*

- открытие филиалов в регионах;

- развитие ресурсосберегающих медико-организационных технологий - широкое внедрение стационаро-замещающих форм предоставления реабилитационных услуг на базе поликлинических учреждений и больниц, реабилитационных центров (дневной стационар, стационар дневного пребывания, реабилитация на дому);

- для полного обеспечения потребностей в лечебных и специальных ортезно-протезных изделиях, отвечающих современным требованиям, реорганизовать действующие государственные ортезно-протезные организации, оптимизировать структуру их управления, проводить на них исследовательские и проектно-конструктивные работы, внедрять новые конструкции и технологии по производству новой продукции;

- размещение государственного заказа в санаторно-курортных учреждениях.

Для решения вышеуказанных вопросов, АО «РДРЦ» в соответствии со Стратегическим Планом развития на 2012 - 2016 годы планирует в 2014 году открыть 3 филиала в Мангистауской, ВКО, Жамбылской областях, создать на базе АО «РДРЦ» «центр компетенции» по реабилитационным и ортезным услугам населению Казахстана. Кроме того, по решению задачи трансферта технологий в регионы АО «РДРЦ» планирует проведение ежегодных циклов повышения квалификации и первичной переподготовки кадров здравоохранения, выездных мастер-классов в регионы, внедрение инновационных технологий в регионах, развитие телемедицинских технологий, организацию выездных десантов.

Решение отмеченных стратегических направлений, возможно только при реализации основного принципа отечественного здравоохранения: солидарной ответственности и совместных усилий всех заинтересованных министерств и ведомств, общественных медицинских организаций по улучшению состояния здоровья детского населения и реабилитационной службы в целом.

Литература:

1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения»
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы

Summary

The condition and perspectives of children's rehabilitation service in our republic
SH.Bulekbaeva, L.Dzhumaeva

The article describes the strategies of governments` programs of development of health
Republican of Kazakhstan “”and the ways of their fulfilling.

Түйіндеме

Республикамыздағы балаларды оңалту қызметінің жағдайы мен болашағы
Ш.Бөлекбаева, Л.Джұмаева

Мақала Қазақстан республикасының Саламатты Қазақстан денсаулық сақтау
бағыттарын дамыту мемлекеттік бағдарламасының стратегияларын
және олардың жүзеге асу істерін қарастырады.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МУЛЬТИСЕНСОРНОЙ СИСТЕМЫ «ОМИ-ВИСТА» В РАБОТЕ СЕНСОРНОЙ КОМНАТЫ

Е.Т. Лильин, И.В. Кудрявцева

ФГУ Российский реабилитационный центр «Детство»

Минздравсоцразвития РФ, Москва

Первоначально «Снузлен» (или сенсорная комната) был разработан в Голландии для проведения досуга и раскрепощения, в том числе и для больных с интеллектуальной недостаточностью. Основой создания сенсорной комнаты послужило утверждение, что люди с различной степенью интеллектуальной и физической недостаточности, как никто другой, нуждаются в специально организованной окружающей среде, учитывающей недостаточность чувственного восприятия, позволяющей обеспечить широкий спектр сенсорных впечатлений. При этом, посетители сенсорной комнаты сами могут выбирать способ и силу воздействия различных стимулов расслабляющего или, напротив, активизирующего характера, а также их последовательность. Пациент реализовывает свои желания, исключая интеллектуальную работу.

Однако не надо пытаться для больного ребенка адаптировать мир «под него» (т.е. не создавать комфортную среду), а необходимо «заставить» ребенка войти в окружающий мир, в общение, даже помимо его воли.

Первые занятия с детьми в сенсорной комнате должны быть посвящены налаживанию положительного эмоционального контакта и доброжелательности, чтобы в кабинете ребенок смог почувствовать себя, в первую очередь, безопасно и спокойно (в зависимости от его соматического и общего состояния). Только после этого привлекаем его внимание яркими световыми стимулами (если нет противопоказаний), меняя подсветку, включая и выключая пузыри в воздушно-пузырьковых трубах, активируем систему «Оми-Виста» (далее дано описание системы) с мультисенсорным экраном, где видоизменяются, передвигаются, появляются или исчезают изображения от любого взаимодействия ребенка с экраном; включаем звуковое панно, где можно услышать разные звуки.

В ходе работы с детьми раннего возраста в сенсорной комнате заметно, что интерактивное оборудование возбуждает у них интерес, стимулирует их исследовательские действия, способствует развитию двигательной активности, развитию и совершенствованию крупной и мелкой моторики.

Сенсорная комната – среда, наполненная чувственными стимулами: цветом, звуками, музыкой, предметами, на которые можно взбираться; различными поверхностями и другими возможностями для изучения и движения. Современное оборудование позволяет работать с детьми от 1-го года.

Сложность работы с малышами заключается в том, что не всегда специалист может точно сказать, какие функции у ребенка сохранены, если он не реагирует на включение – выключение света, на звуки, нет самостоятельных произвольных движений руками, ногами, не удерживает самостоятельно голову, нет лепета. В работе с маленькими детьми со сложной структурой дефекта важно уловить тот момент, на что ребенок отреагировал (если отреагировал), какие скрытые сохраненные функции включились (зрение, слух, осязание). Именно, делая упор на сохранность тех или иных функций организма ребенка, начинаем выстраивать работу.

Важным преимуществом сенсорной комнаты является возможность проведения комплексной коррекции. В одном занятии можно развивать и мелкую моторику через игры со светооптическими нитями, и воображение – через рассматривание и описание фантастических узоров, и снижать эмоциональную напряженность через релаксацию. Сенсорная комната позволяет расширить жизненный опыт детей, обогатить их чувственный мир и обрести уверенность в себе. Занятия в сенсорной комнате помогают совершенствованию активных, самостоятельных двигательных навыков, манипулятивной деятельности, овладению схемой тела, зрительно-моторной координации.

Сенсорная комната, наряду с другими формами и методами воздействия на ребенка, при психолого-педагогической коррекционной работе с ее оснащением, создает для ребенка мир волшебства, где звучит тихая спокойная музыка; неяркий приглушенный свет; мягкие формы; удобные позиционные сидения, которые «окутывают», не давая упасть; мерцающая с плавными переливами цвета фиброоптика; теплый водяной матрас, который мягко удерживает, принимая форму тела; воздушно-пузырьковые трубы с бегущими вверх пузырьками и меняющие цвет привлекают, завораживая.

Методика коррекционной работы в сенсорной комнате основана на постепенном включении сенсорных ощущений, индивидуальности подбора сенсорики.

В условиях сенсорной комнаты используется массированный поток информации на каждый анализатор. Такая активная стимуляция всех анализаторных систем приводит не только к повышению активности восприятия, но и к ускорению образования межанализаторных связей. Опыт комплексной реабилитации показал, что направленный на дидактические цели комплекс сенсорных и моторных упражнений влияет на общее эмоциональное, речевое, двигательное развитие пациента. Сенсорная комната является мощным инструментом для расширения и развития сенсорного и познавательного восприятия ребенка, позволяет активизировать различные функции центральной нервной системы.

Не секрет, что положительный результат будет выше, если ребенок сам старается и пытается участвовать в лечебном процессе, с удовольствием идет на контакт, с желанием занимается и старается сделать все так, как надо. Но чаще ребенок пассивен, у него нет желания к деятельности, или он привык, что за него сделают и даже не пытается приложить

никаких усилий. Нужно учитывать и тот факт, что у большинства детей многие обследования, процедуры, занятия вызывают негативные реакции, так как часто это бывает больно, неприятно и идет насильственное воздействие, и особенно малышам бывает невозможно объяснить, что сейчас плохо для того, чтобы потом стало лучше. Это приводит к эмоциональной неустойчивости ребенка, он старается сопротивляться, как может, а это снижает эффективность проводимого лечения и коррекционной работы. Не всегда ребенку хватает мотивации, чтобы появилось желание.

Как показывает опыт, можно помочь ребенку работать в помощь ему самому, при этом, не принуждая его, заинтересовать, закрепить желание сделать что-то, а иногда даже и то, что ребенок самостоятельно не мог и даже не пытался сделать. Увидеть даже в очень сложном ребенке сохраненные потенциалы и постараться помочь ему активировать скрытые возможности – наша первоочередная задача.

Привлечь ребенка к активному участию, развить мотивацию, помочь, а не заставить, приложить усилия воли, создать положительный эмоциональный настрой во время занятий – все это залог достижения положительных результатов в ходе восстановительного лечения и коррекционной работы детей.

Одним из современных методов психолого-педагогической коррекционной работы является внедряемое в настоящее время в условиях сенсорной комнаты новое мультисенсорное оборудование – система «Оми-Виста».



При работе на этом оборудовании можно синтезировать задачи, направленные как на повышение двигательной активности, на развитие высших психических процессов (восприятие, внимание, память, мышление, речь), так и на эмоционально позитивный настрой.

Форма проведения занятия и его направленность подбираются психологом и логопедом, с учетом зоны ближайшего развития ребенка, индивидуально, даются рекомендации по особенностям поведения ребенка, эмоционально-волевой сферы, если на это надо обратить внимание, что отражается в листе назначения развивающих занятий.

Учитывается специфика двигательной активности ребенка, его интеллектуальный статус, коммуникативные возможности и особенности поведения, поэтому форма проведения занятия может быть как индивидуальной, так и групповой (два человека), что также отражается в листе назначений.

«Оми-Виста» используется как эффективное средство коррекции широкого спектра нарушений; наряду с коррекцией нарушений двигательной сферы ребенка и развитием амплитуды и точности движений верхних и нижних конечностей, система позволяет решать

следующие задачи специальной коррекции:

- развитие восприятия (зрительного, слухового);
- развитие произвольной, игровой и перцептивной деятельности;
- развитие коммуникативных навыков;
- развитие навыков волевой регуляции поведения;
- активизация речи (понимание обращенной речи для неречевых детей, развитие импрессивного и экспрессивного соотнесенного словаря).

За время работы с системой «Оми-Виста», видно (и это отражается в наблюдениях специалистов, работающих с детьми), что происходит ярко выраженная положительная динамика двигательного, речевого, психического развития детей. Используются игры и игровые моменты, направленные на совершенствование имеющихся двигательных навыков и освоение новых этапов двигательного развития, манипулятивной деятельности, развитие крупной и мелкой моторики, зрительно-моторной координации, координации движений, внимания, фиксации взгляда и прослеживания, восприятие цвета и формы, мышление, сравнение и решение других задач в психолого-педагогической коррекционной работе с детьми.

Все занятия проходят в занимательной игровой форме. У детей есть стимул к деятельности, к движению, к тому, чтобы протянуть руку, открыть ладонь, увидеть, проследить, ребенок является активным участником процесса познания.

Система «Оми-Виста» состоит из системного блока с компьютерными программами, инфракрасного проектора-излучателя, беспроводной клавиатуры. При включении, на проецируемой поверхности появляется сенсорный монитор (экран).

Эта система – по сути, начало новой эры технологии сенсорных мониторов. Её основной смысл – проекция динамичных картин на разные поверхности, что делает возможным создание визуальных эффектов. На поверхности виртуального водоема появляются волны, как только Вы касаетесь воды; движением Вашей руки черно-белые изображения становятся цветными; зрители ликуют, если Вы забиваете мяч в виртуальные футбольные ворота.

Все программы можно условно разделить на несколько блоков:

- подвижные картинки;
- интерактивные игры;
- задания-головоломки.

ПОДВИЖНЫЕ КАРТИНКИ

Например, от движения руки на экране в разные стороны разлетается мозаика из разноцветных квадратиков. Если амплитуду движений расширить, то экран можно полностью освободить от мозаики, но движение нужно повторить вновь, а потом и еще раз, потому что мозаика возвращается и заполняет собой все пространство экрана. Движение ребенок может произвести одной или двумя руками (действуя руками поочередно или

содружественно), ногами (сидя на полу или в коляске, выставляя поочередно вперед то одну, то другую ногу), головой (стараясь наклонить голову вперед, а потом влево и вправо), всем корпусом (если сесть в центре экрана и попробовать вращаться вокруг себя как юла то в одну, то в другую сторону).

В ортопедической обуви ребенок может шагать по экрану, высоко поднимая колени и со звуком «топ» опустить ногу и видеть, как мозаика разлетается в разные стороны от движения ноги.

Работаем над объемом, амплитудой и точностью движений верхних и нижних конечностей. Инструкции педагога могут быть как словесные, так можно использовать и действие по показу.

Похожее задание можно выполнить на другой программе, где экран полностью засажен подсолнухами. Взаимодействие с экраном такое же, как и с мозаикой.

Для активного включения рук активируем программу, где ребенок, направленным действием руки, стараясь раскрыть ладонь, гладит картинку, на которой появляется очаровательный щенок. Через несколько секунд изображение пропадает, а ребенок уже опять готов «найти» спрятавшегося щенка.



Похожее задание с активным включением рук можно выполнить, раскрашивая яркие фигуры (красный круг, зеленый квадрат, синий треугольник, желтую звезду, розовый прямоугольник). При выполнении этого задания можно работать над восприятием цвета и формы.

Есть программа, где в виртуальном водоеме плавают стайки рыбок. И если послать маленькие волны, взаимодействуя с экраном, то можно изменить направление движения рыб, заставить их повернуть в другую сторону. Ребенок, сидя посередине экрана, как в воде, заворожено смотрит на проплывающих мимо него рыб, пытается дотянуться до них, потрогать пальчиком или поймать на раскрытую ладонь, или, наоборот, старается быстро отдернуть руку или убрать ногу, чтобы какая-нибудь рыба не проплыла по нему. Развитие внимания, фиксация взора, прослеживание, координированное движение рук.

Еще одна программа: на экране появляется верхняя, достаточно тревожная картинка – грозовое небо, – воздействуя на которую, ребенок может увидеть нижнюю, где снят яркий видеоролик, на котором летит самолет, плывет корабль, и на дне моря плавают рыбы. Ребенок стремится «убрать» тревожный фон, и он активно разгоняет его движением рук. Можно также убрать тревожный фон, если подуть на него, так, как дует ветер, разгоняя тучи (с наклоном



головой вперед, влево, вправо). У ребенка создается устойчивая мотивация к действию, потому что туча возвращается вновь.

Чтобы разнообразить деятельность, можно включить программу с похожим заданием. Только теперь ребенку нужно невзрачный серый фон разрисовать разноцветными цветами. Рука ребенка превращается в «волшебную палочку». Эмоциональный настрой и желание повторить еще раз, а потом и еще у ребенка сохраняются, ведь цветы не остаются на экране, а исчезают.



ИНТЕРАКТИВНЫЕ ИГРЫ

Интерактивные игры содержат задания различной сложности и требуют от ребенка достаточной точности восприятия устных инструкций и умений действовать по плану.

На каком футбольном поле ребенок с диагнозом ДЦП, который передвигается только в коляске, и то с посторонней помощью, может поиграть в футбол и забить мяч в ворота? На виртуальном футбольном поле системы «Оми-Виста», где мяч можно привести в движение рукой, ногой, головой, взаимодействуя с экраном. А если вратарь – мама, которая активно не дает игроку забить мяч и защищает ворота, игра становится увлекательной.

Или сходить в магазин за фруктами. Правила достаточно просты, но требуют точности движения, фиксации внимания и умения удерживать в поле активного внимания несколько движущихся объектов. Сверху экрана падают фрукты, их нужно собрать в корзину, которую внизу экрана нужно передвигать рукой, ногой или головой, взаимодействуя с экраном. Скорость, с которой фрукты падают сверху, увеличивается, и время на выполнение задания ограничено.

Еще одна подвижная игра, в которой нужно как можно больше снежинок превратить в Дедов Морозов. У игры есть условия – движения должны быть точными и быстрыми (пересечь движением руки падающую снежинку), от медленного движения снежинки просто разлетаются в разные стороны.

Внимание, объем внимания, точность и амплитуда движений – коррекционная направленность этого задания, а уж эмоциональный настрой ребенку обеспечен.

ЗАДАНИЯ-ГОЛОВОЛОМКИ

Задания-головоломки требуют концентрации внимания и логического осмысления.

Задания подобраны от простого к сложному:

- убери лишнее;
- какая стрелка направлена в другую сторону;
- на каких часах стрелки показывают другое время;
- на какой картинке палец руки опущен вниз;
- из огромного количества одинаковых геометрических фигур, разбитых по клеткам,

найти ту, которая чем-то отличается.

При правильном выборе – появляется зеленая галочка, при неправильном – красный крестик.

Задания, которые используются на начальном этапе работы с ребенком на мультисенсорной системе «Оми-Виста», направлены, в первую очередь, на активизацию внимания, создание положительного эмоционального настроя ребенка на занятие и мотивацию к игровой деятельности. Задания не требуют от ребенка полного понимания обращенной речи, педагог может опираться на подражательную деятельность ребенка и выполнение заданий после показа.

Когда ребенок начал понимать, что от его взаимодействия с сенсорным экраном «оживают» и начинают перемещаться, видоизменяться и появляться картинки, педагог уже может корректировать направленность заданий.

Как правило, коррекционная работа с ребенком направлена на решение комплекса задач, и говорить о том, что направленность программ системы «Оми-Виста» можно разделить, например, только на программы для развития восприятия, или только для развития внимания, или только для двигательной активности, нельзя. Работая с каждой программой, можно комплексно подойти к решению задач коррекционной направленности.

Обязательно нужно учитывать тот факт, что предложенные задания должны быть посильны ребенку для выполнения.

Для работы с детьми с дефицитом внимания на системе «Оми-Виста», задания должны быть частью общего в комплексе заданий в сенсорной комнате и на начальной стадии работы с ребенком направлены на привлечение внимания. Сначала ребенок случайно пробежал по экрану с мозаикой, которая вдруг рассыпалась. На ярком перемещающемся экране сложно не заострить внимание, пробегая в следующий раз. И лишь после того, как ребенок сам зафиксировал взгляд, можно показать, что еще можно сделать с этой рассыпающейся мозаикой. Внимание ребенка привлечено, инструкция речевая или по показу дана, нужно только закрепить результат.

Другая программа, с появляющимися на сером фоне яркими разноцветными цветами, не может не привлечь внимание ребенка. При любом взаимодействии с экраном (сидя, стоя, лежа, пробегая), появляется достаточно яркая картинка с цветами всевозможной окраски (цветочная поляна).

Взаимодействие с экраном прекратилось – цветы исчезают. От любого движения картинка опять появляется. У ребенка происходит понимание взаимосвязи, что от его движения что-то произошло, изменилось, и он пробует это



движение повторить. Если не получается у самого, предлагаем действовать по образцу, методом показа.

При работе со слабослышащими детьми на системе «Оми-Виста», можно опираться на подражательную деятельность и задания давать в виде показа образца без словесной инструкции. Слабослышащие дети часто не все инструкции воспринимают на слух, и общение с ними происходит жестами, понятными ребенку, или методом показа. Ребенку поэтапно показывается, что и каким образом нужно сделать, чтобы достичь желаемого результата.

Слабовидящие дети, как правило, самая настороженная группа детей. Они ко всему новому относятся с опаской и достаточно плохо идут на контакт. Поэтому начиная работать с этой категорией детей, прежде всего, необходимо дать им возможность все потрогать, «показать» пространство помещения, привлечь звуковым или ярким световым стимулом, чтобы у ребенка создался положительный эмоциональный фон. Занятие лучше проводить при выключенном верхнем освещении, чтобы ребенок зафиксировал взглядом экран. Для слабовидящих детей лучше воспринимаются программы, где изображение большое и яркое. Включаем программу с ярким и четким контуром фигуры одного цвета. Проводя по внутреннему контуру фигуры, ребенок раскрашивает ее (большой красный круг, синий треугольник, зеленый квадрат, желтая звезда).



Через некоторое время цвет пропадает, и фигуры нужно раскрасить вновь. Для слабовидящих детей движущиеся объекты должны быть достаточно крупными и яркими. Программа с ползающими крабами как раз для этого подходит. Крабы перемещаются в ту сторону экрана, где ребенок до него дотрагивается. Любое движение руки, ноги, головы, – и крабы рядом. Как только взаимодействие с экраном прекращается, крабы расползаются по углам. Ребенок фиксирует взгляд, прослеживает их движение, что и требуется.

Каждый ребенок осваивает курс занятий в темпе, который определяется его интеллектуальными и двигательными возможностями. Кому-то требуется значительно большее количество повторов упражнений для их усвоения, в то время как другие осваивают и закрепляют новые навыки достаточно быстро.

Эффективность коррекционной работы системы «Оми-Виста» очевидна. У ребенка в течение длительного времени сохраняется высокий уровень мотивации к деятельности, и задача специалиста состоит в том, чтобы эту мотивацию закрепить, не дать ребенку переиграть, перенасытиться, вовремя остановить занятие, чтобы у него сохранилось желание вернуться в следующий раз в мир волшебства.

Литература:

1. *Современные технологии реабилитации в педиатрии Том I / Под редакцией Е. Т. Лильина* — М.: ОДИ international, 2000.
2. *Современные технологии реабилитации в педиатрии Том II / Под редакцией Е. Т. Лильина* — М.: Изд-во «ЛО Московия», 2003.
3. Царегородцев А. Д. *Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии. Клиническая кардиология.* — М.: «Медпрактика-М», 2004.
4. Синягина Н. Ю. *Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений.* — М.: Владос, 2001.
5. Лютова Е. К., Монина Г. Б. *Тренинг эффективного взаимодействия с детьми.* — С-Пб.: Речь, 2003.
6. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Нисневич Л. А. *Как помочь особому ребенку.* — С-Пб.: Институт специальной педагогики и психологии, 2001.
7. Шипицина Л. М., Мамайчук Н. И. *Детский церебральный паралич.* — С-Пб.: Дидактика-плюс, 2001.

SUMMARY

MULTISENSORY SYSTEM “OMI-VISTA” USAGE EXPERIENCE

E. T. Lilin, I. V. Kudryavtseva

This article describes usage experience of multisensory system “Omi-Vista” for disabled children that was approbated as sensory training simulator.

Түйіндеме

“Omi-Vista” мультисенсорлық системаның сенсорлық бөлме қызметіндегі қолдану тәжірбиесі

Лильин Е.Т., Кудрявцева И.В.

Бұл мақала “Omi-Vista” мультисенсорлық системаның сенсорлық бөлме қызметіндегі қолдану тәжірбиесін астарлап талқылайды.

ПРОБЛЕМЫ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В СПИНЕ

Дарибаева С.А.

РГКП «Больница Медицинского центра Управления делами Президента
Республики Казахстан», г. Астана.

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника широко распространены среди населения развитых стран, а лечение их составляет актуальную проблему для современной неврологии. Болезни опорно-двигательного аппарата, к которым относятся остеохондроз, имеют большое социально-экономическое значение из-за их высокой распространенности, частого развития инвалидности больных, а также связанного с этим снижения качества жизни пациентов. Остеохондрозом страдают около 80% населения в возрасте старше 60 лет, при этом более половины из них имеют те или иные ограничения в движении, а 25% не могут справиться с основными ежедневными обязанностями.

В современном мире, в связи с изменившимися условиями жизни, болями в спине, связанными с патологией костно-мышечной системы, страдают от 40 до 80% жителей Земного шара.

Боли в спине являются одним из наиболее частых страданий, уступая лишь острым респираторным заболеваниям, а по частоте встречаемости в популяции они уступают только головной боли. Пик заболеваемости приходится на трудоспособный возраст, и, экономический ущерб, причиняемый этим страданием, включает расходы в виде непосредственных затрат на оказание медицинской помощи, социальных выплат, потерь от не произведенной работы, а также в виде снижения работоспособности лиц с болями в спине [2, 5].

Боли в спине различной интенсивности в тот или иной период жизни отмечаются у 80-100% лиц популяции [8]. В большинстве случаев эти болевые эпизоды обусловлены патологией костно-мышечной системы, причем у 80-90% больных при адекватной терапии они регрессируют в течение 1 месяца [8].

Причинами дорсалгий являются дегенеративно-дистрофические изменения опорно-двигательного аппарата, среди которых можно выделить синдромы компрессионного поражения корешков, а также рефлекторные синдромы: миофасциальные, мышечно-тонические синдромы, поражение связочного и суставного аппарата позвоночника [4].

Ноцицептивные афферентные импульсы исходят из поврежденных мышц, суставов, связок и нервных корешков, в результате чего наблюдается выброс аллогенных соединений (ионы водорода, калия, серотонин, гистамин, простагландины (ПГ), брадикинин, субстанция

P) в межклеточную жидкость, окружающую ноцицепторы. Доказано, что эти вещества играют ключевую роль в формировании боли, обусловленной воспалением, травмой и ишемией [6].

Препаратами первого ряда при лечении болевых синдромов являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Механизм действия НПВП заключается в ингибировании циклооксигеназы (ЦОГ) – ключевого фермента в каскаде метаболизма арахидоновой кислоты, которая является предшественником ПГ, простаглицлинов и тромбоксанов [7]. Однако, при их назначении следует учитывать возможность следующих нежелательных явлений: совокупное повышение в 5-15 раз частоты гастродуоденальных язв (10-20%), повышение риска желудочных кровотечений, снижение агрегации тромбоцитов и увеличение времени кровотечения, повышение уровня печеночных ферментов.

В настоящее время выделены 2 изофермента ЦОГ. ЦОГ-1 является структурным ферментом, постоянно присутствующим в большинстве тканей и участвующим в регуляции множества физиологических процессов. ЦОГ-2 в норме в большинстве тканей не присутствует; ее экскреция увеличивается на фоне воспаления, что приводит к повышению уровня провоспалительных субстанций [1, 3]. Именно ингибирование ЦОГ-2 рассматривается как один из важнейших механизмов противовоспалительной, анальгетической активности, а ингибирование ЦОГ-1 - как механизм развития большинства побочных эффектов [3].

ЦОГ-1 влияет на продукцию ПГ, которые защищают и регулируют нормальные клеточные процессы в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) и тромбоцитах. ЦОГ-2 активизируется иммунными и воспалительными процессами. Он стимулирует продукцию ПГ, которые определяют воспаление и боль.

Материалы и методы. В настоящей работе представлены результаты изучения эффективности препарата мовалис в комплексной терапии болевого синдрома в спине различного генеза. Мовалис – специфический ЦОГ-2 ингибитор, специально разработанный для уменьшения побочного воздействия на ЖКТ в сравнении с другими представителями НПВП. Мовалис – препарат, направленно действующий на ЦОГ-2 и незначительно затрагивающий ЦОГ-1. Действующее вещество – мелоксикам 7,5 и 15 мг в таблетках, 1,5 мл (15 мг) в ампулах.

Обследовано 50 пациентов с болями в спине различного генеза. Средний возраст больных составил $44, 6 \pm 12,5$ года, средняя длительность заболевания 6,5 года, из них мужчин 30, женщин – 20 человек. Препарат применяли по 1,5 мл (15 мг) внутримышечно в течение 3 дней и по 15 мг/сутки внутрь в течение 14 дней в 1 прием. Больные также получали сосудистые препараты (никотиновая кислота), миорелаксанты (мидокалм, сирдалуд), лечебную физкультуру, ручной массаж, вибромассаж, физиолечение. Контрольную группу составили 20 больных с вертеброгенными рефлекторными синдромами, не получавшие мовалис

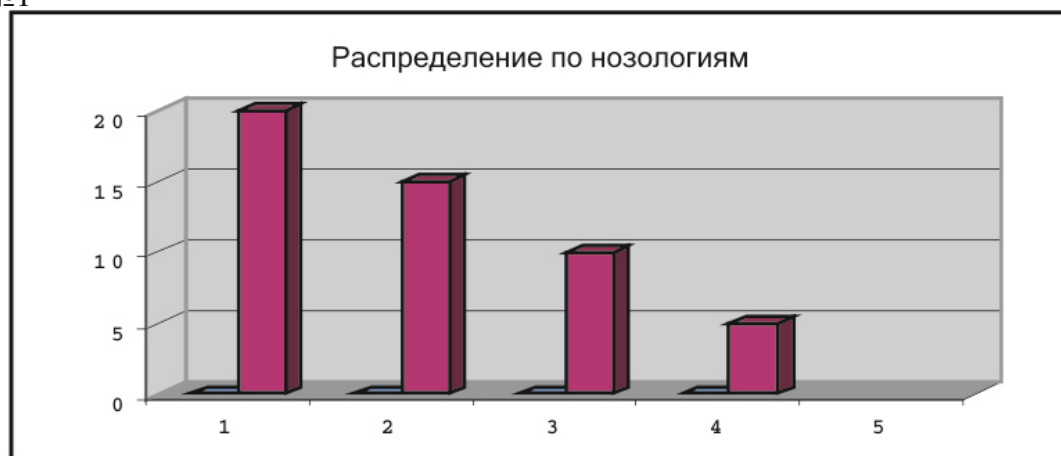
(получавшие другие НПВП: из группы диклофенака и кетопрофена) и не отличавшиеся по всем показателям (возраст, пол, место работы) от основной группы пациентов.

Обследование пациентов включало клинический неврологический осмотр, магнитно-резонансная томография или компьютерная томография и оценка болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (VAS), считая точку 0 см – отсутствием боли, а точку 10 см – очень сильными болями, по шкале Американского общества по изучению боли (APS), который состоит из пяти вопросов по оценке интенсивности и продолжительности боли, испытываемой больными.

Эти вопросы направлены на определение частоты возникновения болей и их влияния на повседневную деятельность по шкале от 0 (отсутствие боли) до 10 (самая сильная боль) и оценка интенсивности болей по WOMAC при пяти видах активности от 0 (отсутствие боли) до 4 (крайняя степень болей) баллов. Оценка проводилась при первом обращении, на 5-е и 15-е дни лечения.

Результаты и обсуждение. Из 50 больных у 35 выявлены вертеброгенная и дискогенная патология в виде остеохондроза (35), протрузии (20) и грыжи (15) дисков, у 10 больных мышечно-тонический и миофасциальный болевой синдромы, у 5 больных – спондилоартроз. Из вышеперечисленных категорий пациентов на МРТ отмечено сужение позвоночного канала и межпозвоночного отверстия, а также асептическое воспаление – у 22 больных.

Диаграмма №1

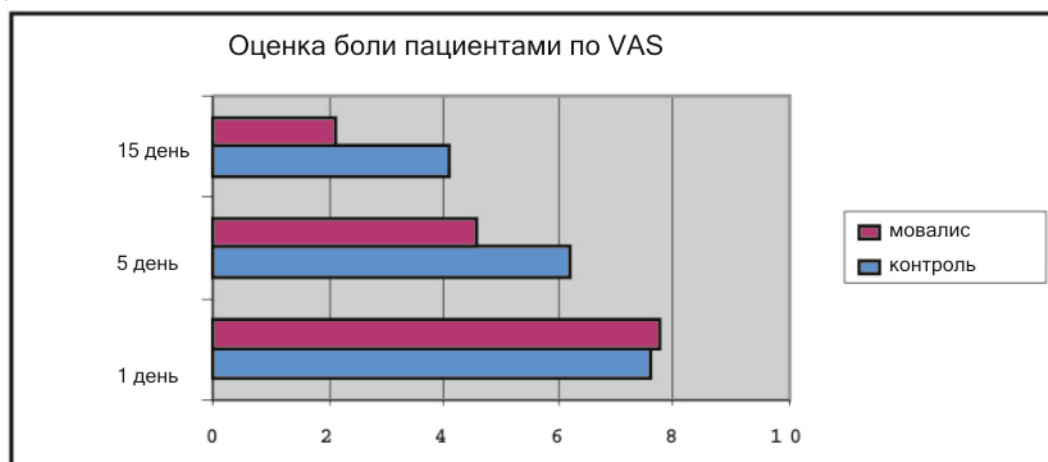


1-протрузии дисков (20), 2-грыжи дисков (15),
3-мышечно-тонический и миофасциальный болевой синдромы (10), 4-спондилоартроз (5).

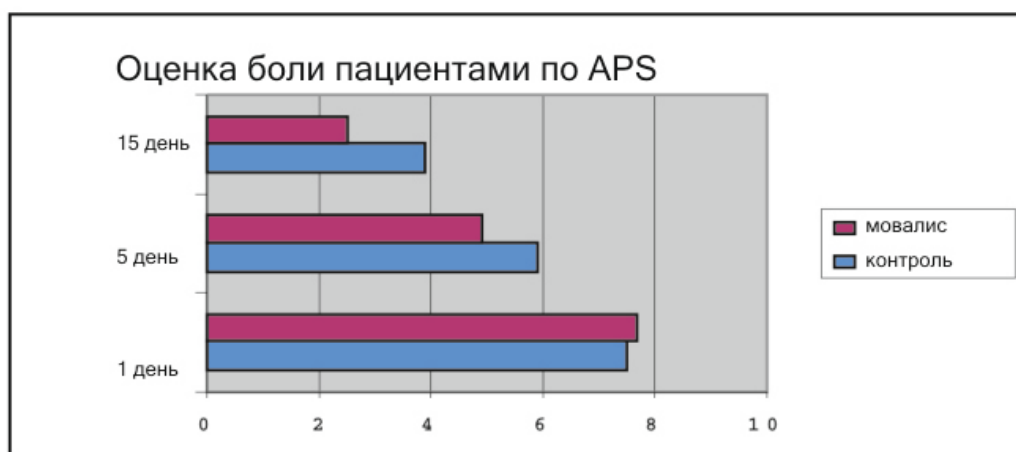
Среднее значение VAS в обследуемой группе при первом обращении было $7,74 \pm 0,8$ балла, на 5-й день – $4,56 \pm 0,2$ балла, на 15-й день – $2,1 \pm 0,9$ балла, в контрольной группе – $7,6 \pm 0,54$; $6,2 \pm 0,33$; $4,1 \pm 0,45$ балла соответственно (диаграмма №2). Более 70% пациентов

испытывали выраженные болевые ощущения (более 7 баллов).

Диаграмма №2



По APS – в обследуемой группе при первичном осмотре интенсивность болей составила $7,7 \pm 0,5$ балла, на 5-й день - $4,9 \pm 0,7$ балла, на 15-й день – $2,5 \pm 0,3$ балла, в контрольной группе – $7,5 \pm 0,36$; $5,9 \pm 0,45$; $3,9 \pm 0,25$ балла соответственно (диаграмма №3).

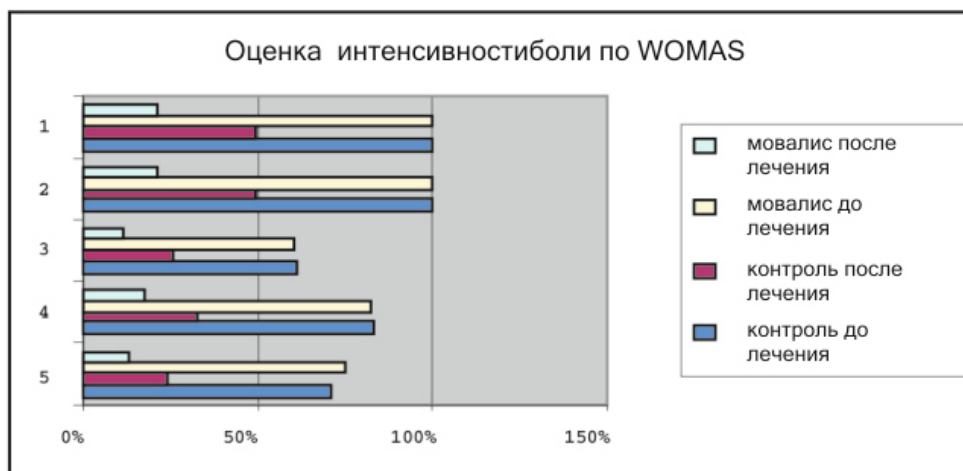


- 1-боль при ходьбе по плоской поверхности,
2 - боль при подъеме по лестнице, 3- боль в покое, ночью в постели,
4 -боль в положении стоя, 5- боль в положении сидя и лежа

При оценке интенсивности болевых ощущение у больных в пяти видах активности по WOMAX выявлено (диаграмма №4), что в основной группе у всех больных (100%) определялась боль при движении (ходьба по плоской поверхности, при подъеме по лестнице) до лечения, у 21% - после лечения (100% и 49% - в контрольной группе соответственно). Более чем в половине случаев боли беспокоили в покое, ночью в постели (61%) до лечения, которые уменьшились до 11% после лечения в основной группе (62% и 26% - в контрольной

группе). В 82,2% случаях имело место боль в положении стоя до лечения, в 18% - после лечения в основной группе (83% и 32% - в контрольной группе). В 75,2% случаев отмечены боли в положении сидя и лежа в основной группе до лечения, в 13,5% случаев после лечения (70,9% и 24,5% - в контрольной группе).

Диаграмма №4



На фоне применения мовалиса отмечено снижение интенсивности боли у больных уже с 3-го дня лечения, максимальный эффект достигнут на 7-10-е дни лечения. Это также сочеталось уменьшением выраженности рефлекторного мышечно-тонического и миофасциального болевого синдрома и ограничения движения. В контрольной группе, согласно VAS и APS, также отмечено снижение интенсивности боли, по сравнению с исходными значениями, однако лишь на 7-15-е дни исследования.

В группе больных, получивших мовалис, существенных побочных реакций не выявлено. Двое пациентов отмечали появление легкой головной боли, что не потребовало его отмены. Отрицательного взаимодействия с другими препаратами не отмечено. А у больных, получавших другие НПВП отмечены желудочно-кишечные расстройства (боли в животе, диарея, тошнота, изжога, диспепсия) – в 13% случаев, другие побочные эффекты (головная боль, головокружение, сыпь) – в 14,5% случаев.

Заключение и выводы. По нашим данным, при лечении больных с болями в спине значительное болеутоляющее действие мовалиса отмечается уже к 3-5-е дню применения, а на 7-10-е дни оно сочеталось с уменьшением выраженности мышечно-тонического синдрома и ограничения движения.

При лечении мовалисом не отмечены побочные эффекты, характерные для других НПВП. Таким образом, поскольку ЦОГ-2 играет огромную роль в индукции боли как в очаге воспаления, так и при ее передаче в спинной мозг, подавление воспалительной боли должно осуществляться, в первую очередь НПВП, в частности специфическим ингибитором ЦОГ-2, как мовалис, который оказался эффективным и безопасным препаратом для применения в комплексной терапии болей в спине, обусловленных вертеброгенной патологией и

Литература:

1. Златкина А.Р. Лечение хронических болей органов пищеварения.- М.: Медицина, 1993,-Т.1.
2. Иваничев Г.А. Мануальная терапия.-М.: Медпресс, 1998.
3. Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты: проблемы безопасности лечения//*Consilium medicum*, -1999.- Т.1, №5.- С.207-211.
4. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология. Вертеброневрология. Казань, 1997.-Т.2.
5. Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника. - Казань, 2002.
6. Черненко О.А. Лечение болевых скелетно-мышечных поясничных синдромов//*Рус.мед. журнал*.-2000.- Т.8, №10.- С.408-410.
7. Carr D.B., Goudas L.S *Acute pain*//*Lancet*.-1999.-Vol/353/-P/2051-2058/
8. Jayson M.I. *General aspects of back pain: An overview*//*Ibid*.-P.11-15.

Түйіндеме

Белдгі ауру синдромын жою мәселелері С.А. Дәрібаева

Бұл мақалада арқа омыртқа жотасында ауырсыну белгісі бар 50 науқасты ЦОГ-2 ферментін тежеуші мовалис препаратымен тиімді емдеу мәліметтері келтірілген. Мовалис препаратының тиімді әсері емдеудің 3-ші күнінен бастап байқалғандығы көрсетілген. Сонымен қатар мовалисті қолдану кезінде препараттың жағымсыз әсерлері байқалмағандығы атап өтілген.

Summary

The problems of stopping the pain syndrome in dorsum S.A. Daribaeva

The article presents results of the study of effectiveness of inhibitor enzyme COX-2 – movalis in 50 patients with back pain of different origin. The high efficacy movalis at third day of appointments and lack of side effects compared with other NSAID.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМА УПРАВЛЕНИЯ В ПМСП

Оспанова А.Х., главный врач, к.м.н.

Шымкентская городская поликлиника № 7, ЮКО

В современной сфере бизнеса стали привычными слова маркетинг (продажа), менеджмент (управление), а одной из важнейших задач стало освоение искусства продавать и искусства управлять. Под влиянием факторов внешнего экономического окружения поликлиническое звено вынуждено менять стратегии, системы и структуры управления. В основу управления легли формирование цели, формирование показателей достижения цели, выбор управляющего воздействия, определение показателей изменения объекта, сопоставление полученного результата с целью.

Новых подходов потребовали вопросы повышения качества медицинской помощи и квалификации медицинского персонала, укрепления материально-технической базы, внедрения новых эффективных медицинских технологий.

На одном из первых мест в маркетинге стоит такой фактор, как цена. Реализация ценовой стратегии может осуществляться путем использования единых, гибких, престижных и рассчитанных на различные слои населения цен.

Таким образом, основным условием рынка является выгодная сделка, но для того, чтобы товар был востребован, необходимо довести до потребителя информацию о нем. Эта цель достигается с помощью рекламной продукции, главный упор в которой должен делаться на основное направление медицинской деятельности — лечение. В проспектах следует представлять не только набор лечебных и сервисных услуг, но и рекомендуемые сроки лечения.

Шымкентская городская поликлиника № 7 является крупным работодателем, и поэтому для развития новых и совершенствования имеющихся мощностей необходимы постоянные финансовые влияния. Переход к рынку должен сопровождаться таким ключевым преобразователем, как внедрение практики заключения коммерческих договоров с потребителями медицинских услуг. Здесь особое внимание должно быть обращено на изучение спроса в различных отраслях промышленности. Работа с администрацией, профсоюзными комитетами предприятий и организаций, с фондами областных и городских структур позволяет сделать рынок медицинских услуг современным и эффективным. Оплата медицинских услуг на основе договора предусматривает выбор потребителем и является наиболее удобной для плательщика и поставщика.

Финансовый менеджмент должен основываться на оперативной информации внешнего (спрос на продукцию, ее цена и др.) и внутреннего характера (затраты на производство услуг, их себестоимость и др.). Шымкентская городская поликлиника № 7

будет находиться в стадии устойчивого существования в случае, если сумела адаптироваться (измениться) к требованиям окружающей среды. Адаптивность следует считать одним из важнейших критериев оценки деятельности поликлиники.

Одним из ключевых звеньев обеспечения эффективной деятельности медицинских организаций является повышение мотивации труда медицинских работников, обеспечение дифференцированной оплаты труда, адекватной объему и качеству выполненной работы [3]. Удивительно, что, уделяя большое внимание различным аспектам рыночных отношений, повышению качества медицинской помощи, этот ведущий социальный аспект обходится стороной. Отношение сотрудников к системе медицинского обслуживания зависит от таких основных факторов, как зарплата, условия труда, обстановка в коллективе, уверенность в завтрашнем дне. Низкий уровень доходов персонала является одним из самых главных факторов, влияющих на морально-психологическое состояние работников и климат в коллективе. Не вызывает сомнения, что политика, при которой медперсонал по доходам находится на низком уровне, направлена против системы качественного оказания медицинской помощи населению. Для улучшения морально-психологического состояния работников проводятся спортивные соревнования, массовые забеги, конкурсы художественной самодеятельности, празднования национальных и профессиональных праздников. Не остаются без внимания и юбилеи.

Важным фактором, характеризующим отношения в коллективе, являются взаимоотношения между руководителями и подчиненными. Для руководителя любого ранга важно иметь чувство ответственности не только перед вышестоящим руководством за качество работы учреждения, но и перед коллективом, которым он руководит. Создание эффективно работающего коллектива является важнейшей задачей каждого управленца. Из этого следует, что повышение качества медицинской помощи населению можно достичь не только посредством структурных и организационных преобразований, но и путем получения социологической информации, позволяющей оценить медицинские, экономические и социальные проблемы.

Проведение социологических исследований в коллективе должно способствовать повышению качества обслуживания пациентов, повышению качества жизни персонала, сохранению или повышению производительности труда персонала, повышению его квалификации, формированию кадрового резерва, улучшению медицинских и экономических результатов деятельности медицинского учреждения. В поликлинике проводится анонимное анкетирование потребителей услуг. Результаты анкетирования помогают определить степень удовлетворенности пациентов, а также анализ результатов анкетирования используется для решения проблемы повышения результативности медицинской помощи, в частности, с целью совершенствования личностно-профессиональных и этико-деонтологических качеств медицинских работников, а также

для оценки их деятельности при использовании материальных методов стимулирования.

Достижение этих целей необходимо для реализации главной задачи — повышение конкурентоспособности.

В качестве основных параметров в оценочной системе могут быть использованы показатели медицинской результативности проведенного лечения, социальной удовлетворенности пациентов медицинскими услугами, проведении технологии диагностики и лечения по протоколу (стандарту) ведения больных, соответствие фактических и плановых финансовых затрат, данные анонимного анкетирования пациентов и др. Использование этих простых, но информативных показателей, характеризующих основные направления деятельности лечебных организаций, позволяет с единых позиций оценить работу медицинского персонала различных лечебных подразделений, сделать решительный шаг в совершенствовании управления производственным процессом, повысить заинтересованность работников в результатах своего труда.

К числу главных целей деятельности медицинских организаций относится сдерживание расходов, что заставляет медицинский персонал рационально подходить к назначению лечебно-диагностических мероприятий, не ущемляя интересы больного и не снижая показатели качества медицинской помощи.

Таким образом, реформа в медицинской отрасли является сложной проблемой. Основными целями преобразований должны стать высокое качество услуг, удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием, эффективное использование ресурсов, а, следовательно, и стабильная работа поликлиники.

Литература

1. Ветитнев А. М. // *Вопр. курортол.* — 2005. — № 4. — С. 35-38.
2. Габуева Л. А. // *Здравоохр. Рос. Федерации.* — 2004. — № 9. — С. 63-70.
3. Гончарова Г. И., Семенова Н. Б., Горбач Н. А. // *Здравоохр. Рос. Федерации.* - 2002. — № 5. — С. 19-21.
4. Капитоненко Н. А., Новолбдский В. М., Свистунов В. А. // *Пробл. стандартизации в здравоохр.* — 1999. — № 1. — С. 25-33.
5. Кемалов Р. Ф. // *Вопр. курортол.* - 2005. — № 6. — С. 20-28.
6. Литвенюк А. А. // *Курортные ведомости.* — 2005. — № 5. С. 38-40.
7. Холмогоров Н. А., Федотченко А. А. // *Вопросы совершенствования механизма управления санаторно-курортной организацией.* — *Вопр. курортол.* — 2009г. - №1, стр.45-46.

Түйіндеме

А. Х. Оспанова

**№ 7 Шымкент қалалық емханасы
БМСК БАСҚАРУ МЕХАНИЗМЫН ДАМЫТУ**

Мақалада №7 Шымкент қалалық емханасы қызметі рыногының бәсекелестігін көтеру мақсатыдағы басқару механизмын дамыту жолдары көрсетілген.

Improving control management in primary care

Summary

A.Ospanova, The chief physician, the candidate of medical sciatic, Shimkent city outpatient clinic №7, South Kazakhstan region

The article expresses ways of management control improvement of Shimkent city outpatient clinic №7, South Kazakhstan region to improve the market competitiveness of rehabilitation services

ПОДИАТРИЧЕСКИЙ ПОДХОД ОРТЕЗИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ТОО «ОРТЕЗИСТ».

Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Сатжанов А.Б., Бердиев Т.С.

Подиатрия - это наука о стопе. По сравнению с другими органами и частями человеческого тела, стопа выделяется в особый сегмент опорно-двигательной системы. Ее особенность заключается в том, что, во-первых, стопа участвует в осуществлении опоры и движения и, благодаря своему строению, выполняет достаточно сложную функцию. Во-вторых, выполнение этой функции в виде постоянного контакта стопы с поверхностью опоры требует постоянной защиты стопы с помощью обуви, которая, в свою очередь, изменяет функцию стопы. Для придания стопе в обуви максимальной комфортности применяются стельки, которые называются ортезами. Конструирование, изготовление и подбор ортезов с целью коррекции стопы и оптимизации ее функции, является главной задачей подиатрии как науки. Подиатрия обеспечивает профилактику ортопедических заболеваний, оказывает помощь на доклиническом уровне и тем самым препятствует развитию тяжелых деформаций [2].

Мы не руководствуемся стремлением изложить базисные понятия подиатрии, которые широко применяются за рубежом. В этой статье мы постараемся перечислить и проиллюстрировать некоторые особенности, на которые необходимо обратить внимание при коррекции ортопедическими стельками. Деятельность ТОО «Ортезист» направлена на ортезирование пациентов со специфическими нуждами как детского, так и взрослого населения. 55-60 % из всей выпускаемой ортезной продукции в ТОО «Ортезист», занимает ортопедические стельки.

В подиатрии выделяются три основных типа стопы. Это нормальная, плоская и полая.



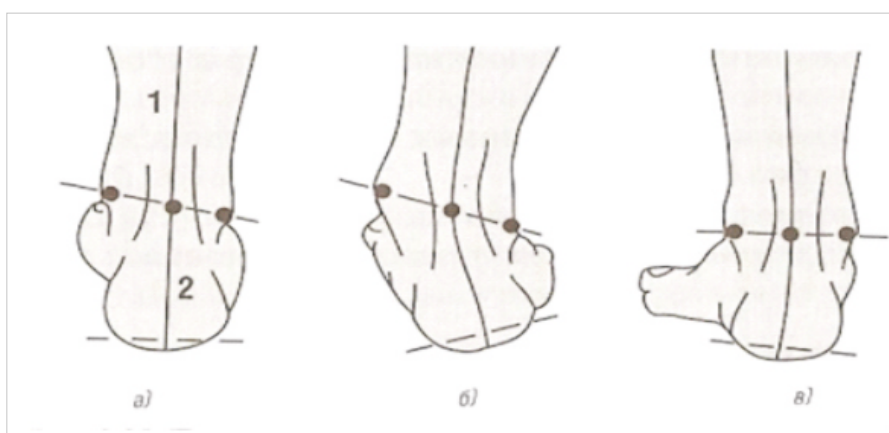
а) нормальная;

б) плоская;

в) полая.

Но есть особенности у детской стопы. У детей до 3-х лет значительно развит подкожно-жировой слой, он заполняет всю нишу внутреннего продольного свода, выполняя роль амортизатора. У детей суставные щели шире, чем у взрослых. И это делает суставы подвижными и снижает роль суставных поверхностей как пассивного стабилизатора сводов. Следует отметить, что у детей в возрасте до 3-х лет, при осмотре жировая подушка дает ложные представления об уменьшении размеров мягкого свода и уплощение внутреннего продольного свода [1]. Оценить истинное состояние стоп детей может только врач на основании клинического осмотра, что мы и проводим.

Это измерение подометрического индекса по Фридланду, проведение плантографии на подометре, проведение лазерометрии аппаратом «Laser Line» - измерение пяточных углов (вальгусное или варусное) и измерение угла супинации и пронации стоп.



Положение пяточного отдела стопы:

а) нормальное; б) вальгусное (наружное); в) варусное (внутреннее).

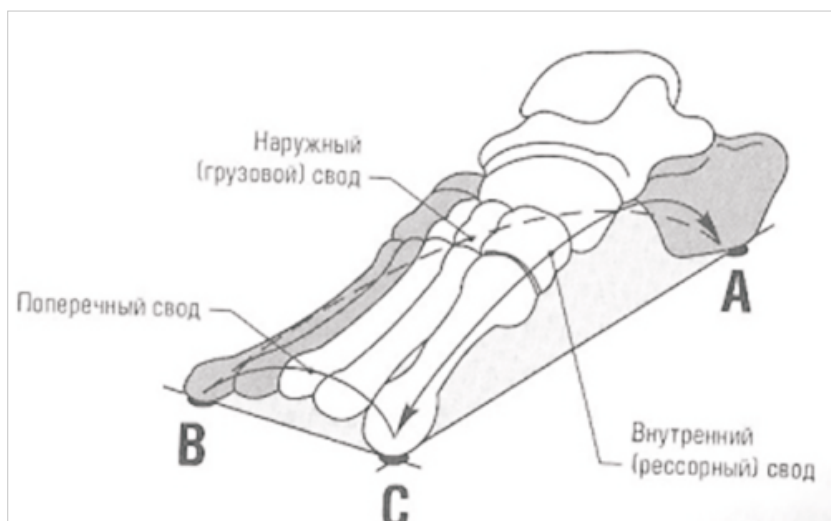
После клинического осмотра наступает этап изготовления стелек. На нашем заводе ортезирование производится индивидуально. По выпуску ортопедических стелек применяются два метода:

1) вручную, где снимается слепок со стопы и на гипсовом позитиве при помощи вакуумной установки и формы из этилвинилацетата вытачиваются стельки;

2) на компьютеризированном комплексе немецкой фирмы «Paromed». На сканере сканируют стопу, задают необходимые параметры и автоматизированный комплекс изготавливает стельку.

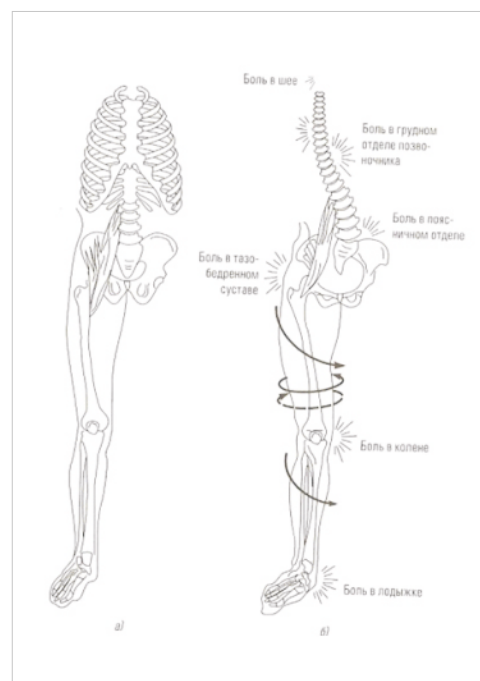
При изготовлении стелек необходимо знать не только анатомо-функциональное строение стопы, но и биомеханические функции. Поэтому при первичном осмотре, снятии мерок и после изготовления ортеза наши специалисты постоянно проводят беседы о необходимости диагностики, предупреждения заболевания и правильного применения

изделий. Родителям и детям объясняется, какой должна быть стопа в норме и, если есть патология, то почему это происходит.



Стопа, как конструкция, имеет довольно сложную арочную форму и имеет сводчатое строение. Это два продольных и один поперечный своды. Продольные: внутренний (рессорный) и наружный (грузовой). Своды стопы как самостоятельные элементы можно рассматривать только условно, так как в действительности они находятся в постоянном взаимодействии и функционируют как единый орган. В поддержании сводчатой формы стопы ведущая роль принадлежит связкам, подошвенному апоневрозу и сухожилиям мышц, переходящих с голени на стопу, и собственно мышц тыльной и подошвенной поверхности стопы.

Стопа выполняет три биомеханические функции: опорную, рессорную и балансировочную. Опорная функция самая сложная функция, так как в ней используются и рессорность и способность к балансировке. Это способность стопы удерживать и противостоять реакции опоры при вертикальной нагрузке от массы тела. Рессорная функция – смягчение толчков при ходьбе, беге, прыжках. При снижении свода стопы толчки более резко передаются на суставы нижних конечностей, позвоночника, внутренние органы. Балансировочная функция это регуляция позы человека при движениях.



а) нормальная стопа;
б) деформация стопы

В процессе ходьбы последовательно реализуются все три функции стопы.

При снижении высоты сводов, страдают все функции стопы.

Стопа – фундамент организма и когда этот фундамент страдает, то страдает и весь организм. Нет амортизации при ходьбе, беге и прыжках.

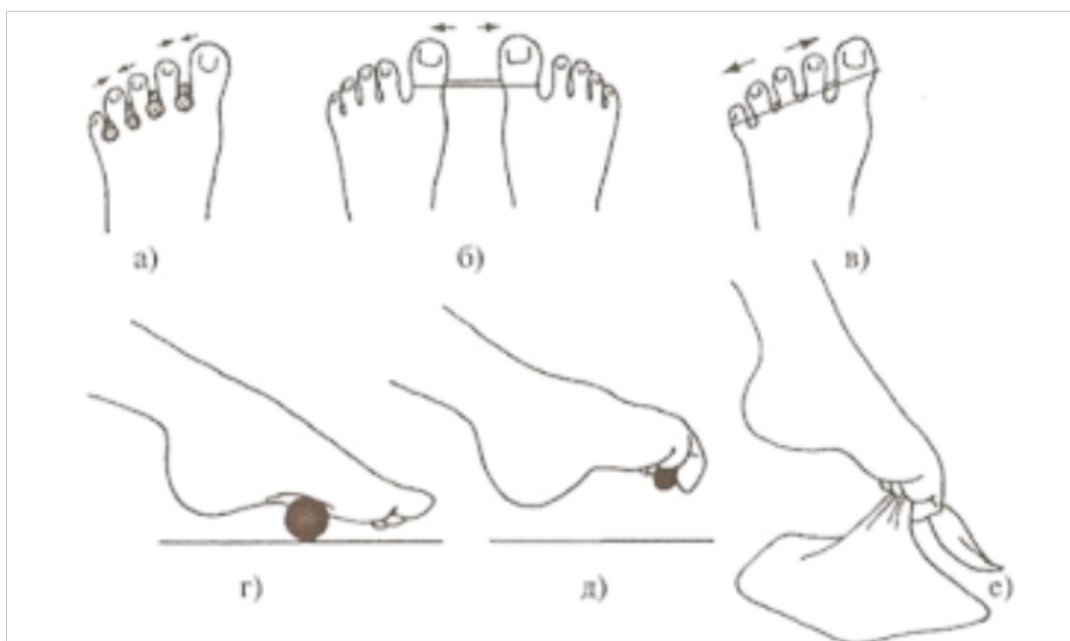
Факторы, приводящие к изменениям стоп

- интенсивные физические нагрузки при занятиях физическим трудом и спортом
- последствия травм
- увеличение массы тела
- изменение гормонального фона, влияющее на эластичность связок
- возрастные изменения

Рекомендуемое лечение

- лечение должно быть комплексным
- использование ортезов-ортопедических стелек
- физиотерапия
- лечебная физкультура - укрепление мышц стоп и ног в целом
- использование рациональной обуви
- использование специальных упражнений и приспособлений - шарики, валики, коврики и т.д.

Прогулки босиком по траве, песку и мелкой гальке без острых углов. Во-избежании травм нервов и сосудов не рекомендуется пользоваться жесткими массажерами, особенно детям и пациентам с проявлениями острого воспаления подошвенной области.



Литература:

1. Экспресс ортезирование, Петров Н.С., Малый В.Я., Баиндурашвили А.Г., Санкт-Петербург, 2008г.
2. Подиатрия. Мицкевич В.А., Арсеньев А.О., Москва, БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006 г.

Түйіндеме

***«Ортезист» ЖШС ішінде ортездеудің подиаторлық амалдары
Мұхаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Сатжанов А.Б., Бердиев Т.С.***

Бұл мақалада келесідей өзекті мәселелер қарастырылған: табанның өзгеруіне әкеп соғатын факторлар, ұсынылатын емиаралар, ортопедтық ұлтарақтардың дұрыс түзетулері.

Summary

***An approach of orthosis in LLP "Ortezist" condition
B.Muhamedjanov, T.Seisembekov, A.Satzhanov, T.Berdiev***

The Article describes in details the current problems like: the factors which leads to the change of foods, the recommended treatments, the right corrections of the orthopedically inner soles

КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ж.Р.Дарибаев, С.А.Дарибаева
АО «Республиканский детский реабилитационный центр»
«Больница Медицинского центра УДП РК, г. Астана»

Многие заболевания центральной нервной системы, как острые, так и хронические, протекают с транзиторным или стойким повреждением познавательной (когнитивной) и психической сферы. Различные степени нарушения когнитивных функций мы отмечаем при сосудистых поражениях головного мозга (острых и хронических), травматическом поражении ЦНС, эпилепсии и судорожных синдромах, наследственно-дегенеративных, демиелинизирующих заболеваниях нервной системы, опухолях головного мозга. Исследование высших корковых и психических функций представляет собой значительную трудность по многим параметрам: возрасту, уровню двигательного и психо-речевого развития, особенностям поведения, уровню интеллектуального развития [1,2].

Интеллект – от лат. «разумение, понимание, постижение» - относительно устойчивая структура умственных способностей индивида [3]. Выдвигается представление о существовании базовых структур интеллекта, независимых от культурных влияний. Основными «когнитивными структурами», составляющими интеллект, являются т.н. высшие психические или когнитивные (познавательные) функции: память, внимание, восприятие, аналитико-синтетические процессы, мышление, принятие решений, сенсомоторная (психомоторная) деятельность.

Целью данной работы явилось изучение динамики когнитивных функций у неврологических больных под воздействием препарата кортексин.

Кортексин – препарат, созданный в Российской Военно-медицинской академии, относится к классу низкомолекулярных пептидных биорегуляторов, названных цитомединами. Это комплекс сбалансированных L-аминокислот и полипептидов с молекулярной массой от 1 до 10 КДа, что позволяет ему преодолевать гематоэнцефалический барьер [4]. Кортексин получен из коры головного мозга телят и свиней в возрасте, не превышающем 12 месяцев. Механизм действия кортексина связан с его метаболической активностью: препарат регулирует соотношение тормозных и возбуждающих аминокислот, уровень серотонина и дофамина, оказывает ГАМК-эргическое влияние.

В исследование включили 50 пациентов (25 мужчин, 25 женщин) в возрасте от 30 до 60 лет с нарушением когнитивных функций. Пациенты получали кортексин в дозе 10 мг внутримышечно три курса по 10 дней с интервалом 1 месяц (общий курс 30 инъекций) без подключения других нейротрофических препаратов. Методы исследования включали:

неврологическое обследование по общепринятой схеме, экспресс-оценку состояния когнитивных функций (по M.Folstein), исследование когнитивных функций по критериям ADAS-cog.

Результаты исследования и обсуждение. На фоне лечения кортексином у всех пациентов было отмечено улучшение когнитивных функций уже после первого курса лечения.

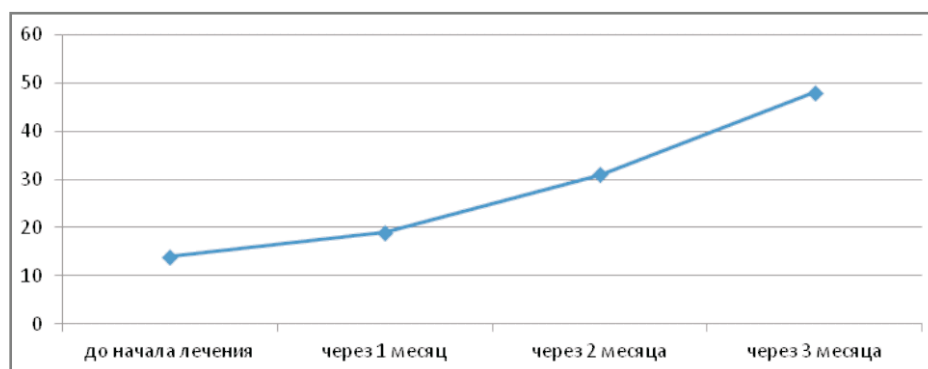
Таблица 1.

Когнитивные функции по критериям шкалы ADAS-cog.

Шкала ADAS-cog		Балл
Фразовая разговорная речь	Беглость разговорной речи	/5
	Понимание	/5
	Пропуск слов	/5
ПАМЯТЬ	Трехкратное воспроизведение 10 прочитанных слов расположенных в разном чередовании	/10
Разговорная речь: наименование	Наименование 12 конкретных предметов и 5 пальцев	/10
Ориентация во времени и пространстве	8 вопросов (дата-место-время)	/8
РЕЧЬ		
Понимание разговорной речи	Выполнение 5 команд	/5
ПРАКСИС (идеаторный)	Складывание и вкладывание бумаги в конверт, написание адреса и наклеивание почтовой марки	/5
ПРАКСИС (конструктивный)	Круг, Ромб, 2 прямоугольника, Куб	/5
ПАМЯТЬ	Воспроизведение 12 прочитанных слов (2 попытки) из 24 написанных слов	/12
Общее количество баллов	0 - 70	/70

Нейропсихологическое тестирование проводились 4 раза, первое – до начала лечения, далее трижды после каждого курса лечения. Сумма баллов по всем тестам в начале лечения составило -14, а в конце третьего месяца – 48 баллов, что показывает о значительном улучшений когнитивных функций на фоне лечения кортексином (диаграмма 1).

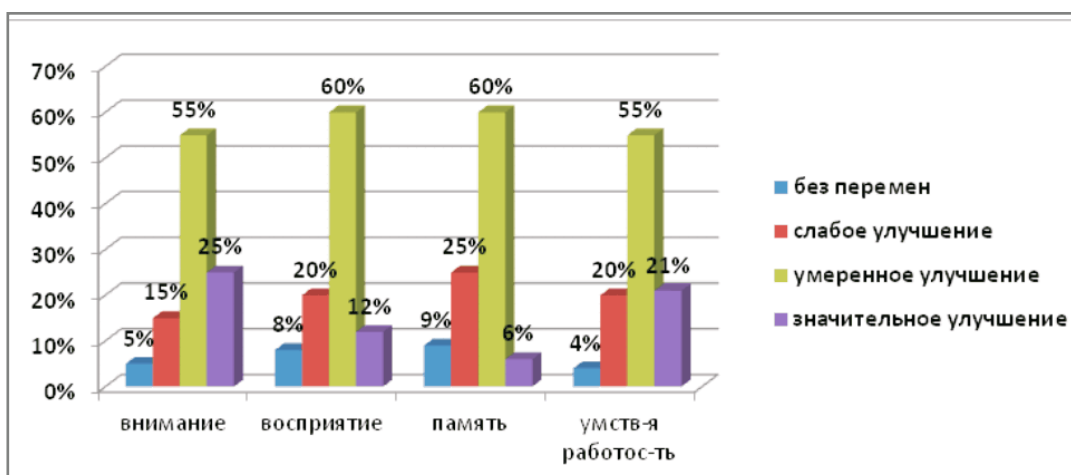
Диаграмма 1.



Средние значения когнитивных функций (общий балл) по шкале ADAS-cog.

Динамика показателей когнитивной сферы до и после лечения кортексином показано в диаграмме 2.

Диаграмма 2



Динамика показателей когнитивной сферы до и после лечения

Как видно из диаграммы в 80-86% случаев отмечено улучшение различной степени выраженности когнитивных функций (внимание, восприятие, память, умственная работоспособность) на фоне лечения препаратом кортексин.

Таким образом, данные нашего исследования показали статистически достоверное улучшение когнитивных функций у больных получивших курсы лечения препаратом кортексин. Кортексин улучшает эмоциональное состояние пациентов, повышает уровень продуктивности и устойчивости внимания, восприятия, обеспечивает умеренное, но стабильное улучшение памяти, мыслительных функций пациентов. При применении кортексина нами не отмечено побочных эффектов, осложнений.

Список литературы:

1. Маслова О.И., Балканская С.В., Студеникин В.М. и соавт. Когнитивная неврология//Российский педиатрический журнал. - 2000. - №5. - С.40-41.
2. Маслова О.И., Кузенкова Л.М., Пак Л.А. и др. Ноотрофы в комплексной реабилитации больных с неврологической патологией// 2006.-С80.
3. Краткий психологический словарь/Под ред. А.В.Петровского, М.Г. Ярошевского.-М.: Политическая литература, 1985. - 432 с.
4. Скоромец А.А., Дьяконов М.М./ Мозг... и кортексин// Вестн.Рос.Воен.-мед.акад. - 2004. - №2(12). - С.26-28.

Түйіндеме
Неврология іс-тәжірибесіндегі когнитивті бұзылуды түзету
Ж.Р.Дәрібаев, С.А.Дәрібаева

Мақалада нейротективті препарат Кортексиннің когнитивті қызметтерге әсерін 50 науқаста тексеру нәтижелері келтірілген. Емдеу барысында когнитивтік және басқа да неврологиялық бұзылулардың клиникалық кері дамуы нейропсихологиялық тексерулер арқылы көрсетілген.

Summary
The correction of cognitive defects in neurology practice
ZH.Daribaev, S.Daribaeva

In article are presented the results of a clinical trial of neuroprotective drug Cortexin in 50 patients. The study has shown the decrease of cognitive and other neurological impairment by neuropsychological study.

ДИНАМИЧЕСКАЯ ПРОПРИОЦЕПТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПНЕВМОКОСТЮМОМ «АТЛАНТ» В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Курманбекова З.М., Мусаева К.К., Варзина Т.В. РГКП РДРЦ “Балбулак”

Детский церебральный паралич (ДЦП) является актуальной медицинской и социальной проблемой, приводящей к ранней инвалидизации. При ДЦП поражение двигательных и ряда других центров головного мозга отражается на активности мышц конечностей, головы, шеи или туловища. Выраженность симптоматики зависит от распространенности поражения мозга и колеблется от легкой, едва заметной до чрезвычайно тяжелой, приводящей к полной инвалидности. [1]

В основе системы реабилитации детей с ДЦП лежит полимодальный подход с применением разносторонних методов влияния на пациента, действие которых взаимно дополняется и потенцируется. Одной из важнейших задач является коррекция и восстановление движений. [2] Для этой цели широко используются наряду с другими методами специальные комбинизоны, разработанные на принципах динамической проприоцептивной коррекции движений, школой профессора К.А.Семеновой. Это костюм коррекции движения «Адели», который был модифицирован в рефлекторно-нагрузочное устройство «Гравистат». [3] На этих же принципах работает пневмокостюм «Атлант» разработанный и предложенный ЗАО «НПО Динафорс» Москва. Костюм приобретен нашим центром в 2010 году и используется у детей имеющих двигательные нарушения различной этиологии.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности применения нейро-ортопедического пневмокостюма «Атлант» в реабилитации детей с ДЦП.

Материалы и методы. Нами проанализированы реабилитационные карты 24 детей с ДЦП, получавших в комплексе реабилитации сеансы динамической проприоцептивной коррекции в костюме «Атлант». Структура по формам ДЦП и возрастному составу больных отражена в таблицах №1,2.

Таблица №1

Структура нозологических форм

№	Клинический диагноз	Кол-во
1	ДЦП, гиперкинетическая форма	15
2	ДЦП спастико-гиперкинетическая форма	4
3	ДЦП, спастическая диплегия	3
4	ДЦП, спастический гемипарез	1
5	ДЦП, атонический- атоническая форма	1

Таблица №2

Распределение детей по возрастам

№	Возраст	Кол-во
1	3-7 лет	3
2	7-10 лет	13
3	Старше 10 лет	8

Для проведения занятий были использованы два костюма **128-134см размера 6D**. Костюм состоит из комбинезона, фиксатора положения головы, шапочки подшлемника. Комбинезон является основной силовой частью костюма и служит основой для монтажа всех узлов и деталей. Совместно со смонтированным на нем нагружающим устройством (НУ) комбинезон выполняет роль механической обжимающей тело оболочки, пневматического корсета и пневматического фиксатора конечностей. Структура костюма, его раскрой, выполненный для исходного положения стоя, обеспечивают малоэнергозатратное удержание вертикальной позы больными ДЦП. Для более точной подгонки костюма по фигуре имеются застежки шнуровки. Шнуровка на плечах служит также для регулирования продольной осевой нагрузки на грудной и поясничный отделы позвоночника. На внешней стороне комбинезона вдоль туловища, рук, ног расположено НУ, представляющее собой две камеры, которые заполняются воздухом. Фиксатор положения головы выполнен в виде шапочки шлема, НУ расположено на верхней части головы и вдоль спины ниже линии груди. Принцип действия костюма основан на обеспечении лечебно-корректирующего воздействия на больного путем приложения нагружающего сочетанного непродолжительного повсеместного обжимающего усилия на туловище, суставы и сегменты конечностей с одновременным пневмокорректированием туловища, фиксирующим ортезированием суставов и сегментов конечностей и фиксацией головы в правильном физиологическом положении. Камеры НУ под воздействием давления воздуха расширяются и через ленты-перемычки натягивают ткань оболочки комбинезона, создавая, таким образом, механическое обжатие туловища и сегментов конечностей одновременно с приданием туловищу скорректированного положения путем разведения плеч, формирования физиологически правильного положения позвоночника и мягким фиксирующим ортезированием конечностей, обеспечивающим вертикализацию пациента за счет пневмокаркасности костюма.

Подбор костюма производился по размеру с учетом показателей роста и обхвата груди. Размер фиксатора положения головы и подшлемника соответствовал обхвату головы. Комбинезон одевали одновременно два методиста-инструктора ЛФК в исходном положении лежа. С учетом диагноза, тяжести состояния больного и выраженности двигательных

нарушений планировалась структура и продолжительность занятий для каждого пациента индивидуально. Время занятий увеличивалось постепенно, начиная с 10-15 мин до 120 мин. Первоначально ребенок адаптировался к новому положению тела и старался самостоятельно или с помощью инструктора удержать свое тело в вертикальном положении. В дальнейшем в ходе занятий дети выполняли общеразвивающие упражнения под зрительным контролем перед зеркалом, у «шведской стенки», обучались правильной ходьбе в ходунках и по лестнице, проводились занятия по улучшению походки и реакции равновесия, упражнения на подавление гиперкинезов, двое детей занимались в костюмах «Атлант» на велотренажере и беговой дорожке. Все занятия проходили под визуальным контролем врача ЛФК. Продолжительность курса составила от 15 до 20 занятий.

Результаты. В результате у всех детей отмечалась положительная динамика в двигательной сфере. Оценка проводилась неврологами и специалистами ЛФК. После курса динамической проприоцептивной коррекции у детей отмечалось, прежде всего, улучшение осанки, укрепление мышц спины, уменьшилась выраженность гиперкинезов, улучшилась координация движений и реакция равновесия. Двое детей с тяжелой гиперкинетической формой ДЦП научились уверенно удерживать голову. Один ребенок с гиперкинетической формой ДЦП стал более уверенно ходить в ходунках. Один ребенок стал самостоятельно стоять, а другой ребенок научился самостоятельно вставать с места. В результате проведенных занятий дети двигательно стали более активными и выносливыми. Кроме того, у всех детей отмечалась положительная динамика в психоэмоциональной сфере, так как ребенок во время занятий уверенно стоит на своих ногах, лучше владеет своим телом и это вселяет в него надежду. А достижение ежедневных результатов побуждает его к дальнейшим занятиям. Положительный момент в проведении занятий оказывает и внешний вид костюма, как у космонавта, и ребенок с гордостью занимается в нем на глазах у своих сверстников.

За время проведения занятий в пневмокостюме «Атлант» никаких патологических реакций и ухудшения в состоянии детей не отмечалось.

Костюм в условиях эксплуатации при температуре окружающей среды от 10 до 35 град. Цельсия не выделяет токсических веществ и не оказывает вредного влияния на организм человека при непосредственном контакте. Применение костюма не требует дополнительных мер предосторожности. При работе с костюмом врач ведет постоянный визуальный контроль пациента и в случае плохого самочувствия пациента может снизить нагрузку путем раскрытия застежки молнии спереди и при необходимости сбросить давление из каждой камеры, нажав на обратный клапан фитинга. По нашим наблюдениям пневмокостюм «Атлант» безопасен и удобен в применении.

Выводы. Таким образом применение нейро-ортопедического пневмокостюма «Атлант» является одним из перспективных и безопасных методов реабилитации детей с ДЦП. Он позволяет за короткий срок подавлять патологические двигательные стереотипы, гиперкинезы и способствует формированию новых двигательных навыков. Костюм является

безопасным и удобным для применения в детской практике. Благодаря этому костюму ребенок с тяжелым недугом может ощутить уверенность в себе, своих возможностях, увидеть себя стоящим на собственных ногах и владеющим своим телом, что является значительной мотивацией к дальнейшему самосовершенствованию и дает надежду на будущее.

Литература

1. Ш.А.Булекбаева. «Современные методы в комплексе реабилитации детского церебрального паралича» Астана 2008 год. стр. 5-8.
2. К.А. Семенова «Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом» Москва Кодекс 2007 год. Стр. 168.
3. В.П.Зыков, Д.Ч.Ширеторова, М.Ю.Чучин, В.Н.Шадрин, Л.Л.Науменко, И.Б.Комарова. Лечение заболеваний нервной системы у детей. Москва 2003, «Триада-Х», стр. 49-50.
4. Нейро-ортопедический реабилитационный пневмокостюм РПК «АТЛАНТ», руководство по эксплуатации, РПК «Атлант». 1972.00 РЭ. Стр.3-5,8-9, 17-19.

Түйіндеме

БЦС-пен ауырған балаларды оңалтуда динамикалық проприоцептикалық түзетуді «Атлант» пневмокостюмімен жүргізу.

З.М Курманбекова., К.К Мусаева., Т.В.Варзина

Маңызды сөздер; Балалар церебралды салдануы, пневмокостюм, жақсы нәтиже.

Орталықта «Атлант» пневмокостюмін киіп, ем алған БЦС ауыратын 24 баланың мәліметтері талқыланды. Күніне 15 минуттан 120 минутқа дейін, емделген 25 күннің барысында қабылдаған пневмокостюмнің әсері өте жақсы нәтиже бергенін орталық дәрігерлері және ЕДШ мамандары бағалады. «Атлант» костюмі балалардың артық қыймылдарын азайтады, тік тұруға көмегін тигізеді және балаға өзінің мүмкіншіліктеріне сенуге ықпал жасайды.

Summary

Dynamic proprioceptive correction of children s cerebral palsy with the help of Atlanta pneumosuit.

Z.M Kurmanbekova., K.K Mussayeva., T.V.Varzina.

Cerebral palsy, results are positive,

The data 24 children with cerebral palsy who are receiving medical sessions in a pneumosuit "Atlas" in our center were analyzed. The given kind of treatment pursues the aim of dynamic proprioceptive correction of movement. The pneumosuit was applied every day.

The duration of sessions is from 15 to 120 minutes. Results are positive and indicate that the use of a suit can suppress the pathological movement stereotypes and hyperkinesis in the short term, as well as contributes to the formation of new impellent skills.

БАЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛДЫ САЛДАНУЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ ТҮРЛЕРІ.

Ш.А. Булекбаева, Б.С. Кененбаева, М.О. Кенжебекова

АО “РДРЦ” Астана

Балалар церебралды салдануы - кұрсақта даму кезінде, туу кезінде және туған сәтте байқалатын бас ми ауруы. Бұл ауру көп жылдар ағымында, көбінесе бүкіл өмір бойында жалғасады.

Балалар церебралды салдануы әртүрлі экономикалық зияндықтардан, эмбрион тұқымға немесе жаңа туған нәрестеге әсер етуінен пайда болады. Қимыл-қозғалыс бұзылулары - салдану, парез, еріксіз қимылдар, атаксия т.б., сөйлеу қабілеті мен психикалық бұзылулары БЦС клиникалық суреттемесіне жатады. БЦС-ның клиникалық көрсетілімдері полиморфты, олар мидың патологиялық даму кезендегі өзгерістеріне байланысты [1].

Моториканың толық дамымауы мен патологиялық даму ұштастығында әсіресе маңызды және қиын болатыны бұлшық ет тонусы регуляциясының бұзылысы: ол спастикалық, ригидтік, дистониялық, гипотониялық түрде кездеседі. Бұлшық ет тонусы регуляциясының бұзылуы, әсіресе аурудың алғашқы сәттерінде, тоникалық және нұсқаулық рефлексстердің патологиялық дамыумен, осы негізде патологиялық синергияның қалыптасуымен байланысты.

Аурудың асқыну барысында осы бұзылулардың негізінде бұлшық еттер, сүйектер, буындар қайта өзгерістерге ұшырайды: сіресулер, ыдырау, сколиоз бен кифосколиоз пайда болады және патологиялық қозғалыстар стереотипі қалыптасады.

Мидың даму патологиясы мен тежелуі психикалық дамудың бұзылуына әсер етеді. Әр түрлі авторлардың мәліметтеріне қарағанда, психикалық дамудың тежелуі БЦС-пен ауыратын балалардың 40-50% құрайды, олигофрениямен ауыратын балаларда 20-25% құрайды, тек қана 20-25% балаларда интелектік қалыпты дамуы байқалады, ал 75% балаларда сөйлеу қабілеті әр түрлі формада бұзылған [1,2].

БЦС-ның сауқтыру терапиясының күрделі комплексіне: дәрілік терапия, сөйлеу қабілеті мен танып білуді қалыптастыру жұмыстары, емдік дене шынықтыру, массаж, ортопедиялық режим, ортездеу, протездеу, педагогикалық коррекция жұмыстары: логопед, дефектолог, психолог, ойын, еңбек, ән-күй терапия және жана инновациялық технологиялық әдістер: роботталған кинезотерапия, БКБ қимыл-тірек, психо-эмоционалды, логопедия тренингтері, қажет болса хирургиялық емдеу және физиотерапиялық емдеу мен жергілікті бұлшық ет релаксанты: ботулотоксин тип «А» кіреді.

Бұл емдеу түрлерінің барлығы сауқтыру терапиясының маңызды элементтері болып табылады, бірақ олардың мәні екі шартты сақтауға байланысты.

Біріншіден: мидың дамуын жүйелеуге бағытталған дәрігерлік терапия жасау, жүйке талшықтарын миелинизациялау процесін жүйелеу. Дәрігерлік терапия әр жағдайда әр түрлі болуы керек, аурудың түріне, кезеңіне, баланың соматикалық жағдайына байланысты.

Екіншіден: қозғалыс функцияларын, психикалық және сөйлеуді қалыптастыру жұмыстарын әр уақытта тұрақты және жүйелі түрде өткізу керек.

1) Қазіргі уақытта БЦС-ның біртұтас классификациясы жоқ. Көп жылдар бойы қозғалыс бұзылулары БЦС-ның ең орталық звеносы болып қаралды, оның жеке формаларының классификациясы топографиялық принцип бойынша қаланды: тетрапарез, гемипарез, монопарез, трипарез. Бұл классификация мидың перинаталді ауруынан пайда болатын психикалық және сөйлеу қабілетінің бұзылулары суреттемесін дұрыс бере алмады.

2) Шарананың толық қалыптаспаған миы генерализациялық реакция зияндықтарына әрқашан да жауап беруге тәуелді. Бұл қимыл-қозғалыс жүйелерінің бұзылуына әсер етпейді. Топографиялық принциптің жүйесі қимыл-қозғалыс бұзылуының мінездемесін көрсетеді.

3) Баланың психикалық сөйлеу қабілетінің жағдайын және қозғалыс бұзылуының мінездемесін білмей тұрып, топографиялық принцип жүйесі ауыру ағымын болжай алмаймыз.

2012 жылдың екі ауысымының анализіне қарай барлық нерв жүйесінің нозологиялық түрлерімен салыстыру бойынша бірінші орында: балалар церебралді салдану ауыруы 68,2 пайыз құрайды бірінші аусымда, ал екінші аусымда 80,0 пайыз құрайды.

Балалар церебральды салдану ауруы жіктелуіне қарай салыстырсақ БЦС спастикалық диплегия ең көп мөлшерінде байқалады -53,5 пайыз құрайды бірінші аусымда, 46,8 пайыз екінші аусымда, екі жақты гемиплегия және аралас түрлері екі аусымда бір қалпында болды 6,25-9,3 пайызда. Ал гиперкинетикалық түрі сирек кездеседі.

А) Спастикалық диплегия (тетрапарез). Қолдың аяққа қарағанда өз мөлшерде зақымдануы қимыл-қозғалыс бұзылуында таралуы жағынан онша көп болмайды. Бұл форма Литтл ауруы деген атпен белгілі. Бұл аурумен ауыратын бала өзіне-өзі қызмет көрсете алады, жаза алады, басқа да еңбек түрлерін жасай алуы мүмкін. Мұндай балаларда психикалық даму тежелуінің қайталануы байқалады.

Осы аурумен ауыратын балалардың 70% пайызында дизартрия формасында сөйлеу қабілетінің бұзылуы, өз мөлшерде бұлшық ет жұмысының нашарлауы байқалады.

Б) Гемипаретикалық түрі -17,8 пайыз құрайды бірінші аусымда, 15,6 пайыз екінші аусымда. Гемипаретикалық түрі –дененің бір жағының сал болуы. БЦС-ның дененің бір жағының сал болып қалу формасының 80% туылған сәттеп бастап дамуы. Осы уақытта пирамидалық жолдарының өте жылдам дамуы басталады да биологиялық заң бойынша әрбір зиянды заттар белсенді қызмет жүйелерін бұзады. Қимыл-қозғалыс бұзылуының өте жылдам дамуына байланысты гемиплегия мен гемипарез пайда болады. Гемиплегия көбінесе өте кішкентай балаларда байқалады, сосын мидың даму кезеңіне байланысты және қимыл-

қозғалыс бұзылуын емдеу ықпалының арқасында өте аз көлемде болады, әсіресе аяқ жақтарда және дененің жоғары жағының проксималді бөлігінде, сондықтан мұны гемипарез деп бағалауға болады. Қорыта айтқанда БЦС-ның диагнозын анықтағанда, тек қимыл қозғалыс бұзылуларын ғана санамай, сонымен бірге баланың ақыл-есі мен сөз сөйлеу қабілетін де тексеру қажет.

В) Атонико-астатикалық түрі 14,2 пайыз құрайды бірінші аусымда, ал 12,5 пайыз екінші аусымда. БЦС-ның атоникалық-астатикалық түрі басқа түрлерге қарағанда бұлшық еттердің төмен құрысуымен, нұсқаушы рефлексдердің толық дамымауымен, жоғарғы қысымуы тамырлармен және сығылып – жиырылу рефлексдерімен айқындалады.

3-5 жас мөлшерінде жүйелі және бағытталған емдеу әсерінен, балалар, еркін қимылдау мүмкіншілігіне ие болады, бірақ осы ауыруға сәйкес белгілер(атаксия, гиперметрия, интенционный тремор) сол күйінде қалады[2].

Ең тұрақты болып қалатын дене атаксиясы. Сөйлеу қабілетінің бұзылуы мишық дизартриясы түрінде байқалады 60-75% балаларда.

Ми толық дамымаған жағдайда және патологиялық процесс негізінен оның алдыңғы бөлімдерінде таралғанда, мақаулық (олигофрения) нақұрыстық пайда болады. 55% жағдайда, ауыр қозғалыс бұзылуларымен басқа, осындай формада ауырған балаларда нақұрыстық орын алады.

Г) Гиперкинетикалық түрі ең сирек кездесетін түрі, жалпы басқа түрлерге қарай ауыр болады. БЦС-ның бұлшық еттің гиперкинетикалық сезім-түйісу формасы. Бұл ағзадағы аурудың түрі мен ұрықтың резус-фактор бойынша немесе қолының табаның сәйкес келмеуімен немесе қабыршақ ядро аймағында қан күйылуынан айқындалады.

Әр түрлі жағдайдағы бұлшық еттің сезіл-түйісуі (хореоатетоз, атетойдний гиперкинез, баллизм, торсионная дистония) паралич және парездермен бірдей формада байқалады.

2-3 жасқа дейін дене қалпын ұстау (тонический рефлекс) рефлекстерінің, және нұсқаушы (установочный рефлекс), яғни қалпына келтіруші рефлексдердің тежеліуі байқалады; содан кейін нұсқаушы рефлексдермен еркін қозғаушы рефлексдер сезіл-түйісудің атетоз бен торсиондық дистония басқа барлық түрлерінде қанағаттанарлық жағдайда дами бастайды. Бұлшық еттің (гиперкинездер) сезіл-түйісуі артикуляциялық және қаңқа (скелет) бұлшық еттерінде 4-6 ай кезеңінде анықтала бастайды. 90% ауруларда сөйлеу қабілетінің бұзылуы көбінесе гиперкинетикалық дизартрия формасында байқалады. Сана сезім көбінесе қанағаттанарлық жағдайда дамиды.

Д) Екі жақты гемиплегия және аралас түрлері екі аусымда бір қалпында болды 6,25-9,3 пайызда. Екі жақты гемиплегия (тетрапарез) – бұл қолдың аяқ сияқты немесе одан да ауыр бұзылуы. Мұнда бұлшық еттердің сіресіп, қасарысуының басымдылығы байқалады, оған әсер ететін көп жылдар бойындағы бұлшық еттің қысқару рефлексі.

Бұлшық еттің қысқарып-жиырылуы сау балада туғаннан кейін алғашқы аптада

жоғалып кетеді. Баланың орнықты түзелу рефлексі дененің сал болуында ешқандай дамымаған. Балалар отырмайды, турмайды және жүре алмайды.

Қолданған әдебиет:

1. К.А. Семенова балалар церебралды салданудың резидуалды кезінде қайтадан қалпына келтіру емшарасы. – Москва, 1999ж.
2. Ш.А.Бөлекбаева «Құрама оңалтудағы балалар церебралды салданудың қазіргі заман әдістері» (дәрігерлерге нұсқау), 2009ж.

Резюме

Детский церебральный паралич и его виды

Ш.А. Булекбаева, Б.С. Кененбаева, М.О. Кенжебекова

В течение последних лет в терапии неврологической патологии детского возраста достигнуты значительные успехи. Это обусловлено совершенствованием и внедрением в практическое здравоохранение новых методов исследования и новых инновационных технологий. Применение данных методов позволяет предупредить развитие тяжелых необратимых последствий, препятствующих социальной адаптации и улучшению качества жизни больных.

Summary

Infantile cerebral palsy and types

Bulekbaeva Sh.A., Kenenbaeva S.B., Kenzhebekova M.O.

There were achieved considerable success in children` neurology during last years. This is due to the improvement and implementation the new methods of practical public health research and new innovative technologies in the treatment of ICP. The practice, which can prevent the development of serious irreversible consequences that interferes social integration and quality of life of patients.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РОБОТИЗИРОВАННОЙ ЛОКОМОТОРНОЙ ТЕРАПИИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ДЕТСКОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ

**Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Ризванова А.Р., Шакенов М.Ж.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г.Астана**

Республиканский детский реабилитационный центр – ведущий в Казахстане. В январе 2011 года впервые была начата эксплуатация нового роботизированного реабилитационного комплекса «Локомат Про.» (Швейцария).

Этот комплекс был разработан в Университетской клинике спинальных повреждений в Цюрихе [1]. Он оснащен роботизированными ортезами для нижних конечностей, беговой дорожкой, системой разгрузки массы тела пациента и системой расширенной биологической обратной связи. «Локомат Про» апробирован в многоцентровых исследованиях при нарушениях ходьбы после инсульта, травм головного и спинного мозга и т.п. [2,3,4,5]. Кроме того, использование комплекса «Локомат Про.» при Детском церебральном параличе у детей показало хорошие результаты [6,7,8].

За период эксплуатации реабилитационного комплекса «Локомат Про.» с беговой дорожкой и роботизированным ортопедическим устройством для локомоторной терапии с января по декабрь 2011 г. проведена реабилитация 93 пациентам с нарушениями ходьбы. Возраст пациентов был от 4 до 60 лет. Количество детей – 78.

Для проведения роботизированной кинезотерапии с помощью комплекса «Локомат Про.» пациенты направлялись в соответствии с показаниями и противопоказаниями лечащими врачами или врачами лаборатории. Обучение и разрешение для проведения терапии имеется у 2 врачей и 3 инструкторов по лечебной физической культуре лаборатории, которые проводили лечение детей и взрослых на «Локомат Про.».

Распределение пациентов по нозологиям представлено в таблице 1. Большинство пациентов составили дети с различными формами детского церебрального паралича – 74 человека (79,5%). Кроме того, 2 пациента получили лечение после операций в связи с грыжами спинного мозга, 3 пациента – после перенесенной инфекции ЦНС, 4 пациента – после инсульта, 8 пациентов – после травм ЦНС, 1 пациент – после операции по удалению доброкачественной опухоли головного мозга, 1 пациент – с прогрессирующей мышечной дистрофией. Курс терапии составил в среднем 10 дней, а продолжительность 1 процедуры – 30-50 мин. 1 процедура включала регистрацию пациента, инструктаж, постановку целей и задач курса реабилитации на «Локомат Про.», ответы на вопросы, настройку оборудования, тестирование, роботизированную локомоторную терапию, записи в карточке пациента.

Консультация врача лаборатории проводилась в начале и по окончании терапии с выдачей письменного заключения лечащему врачу.

Таблица 1. Распределение пациентов по нозологиям

Нозология	амбулаторные		стационарные	
	дети	взрослые	дети	взрослые
ДЦП	26	1	47	-
Спинальная травма	-	5	2	1
Инсульт	1	3	-	-
Последствия инфекции ЦНС	-	3	-	-
Последствия грыжи ЦНС	1	-	1	-
Нервно-мышечные заболевания	-	1	-	-
Другие	-	1	-	-
Итого	28	14	50	1
Всего	93			

Контроль терапии осуществлялся в начале и по окончании курса терапии с помощью встроенных в комплекс «Locomat-Pro.» тестов L-FORCE и L-STIFF.

По данным теста L-FORCE в 98% случаев у пациентов увеличилась мышечная сила в среднем на 25-50 %. Тест L-STIFF показал снижение мышечной спастичности в среднем на 30% у 80% пациентов с ДЦП. У 100% пациентов на фоне занятий повысилась мотивация к самостоятельной ходьбе. В то же время, у пациента с прогрессирующей мышечной дистрофией были достигнуты наименьшие результаты в связи с тяжелым течением и дальнейшим прогрессированием заболевания. После проведения комплексной терапии с использованием «Локомат Про.» 10 пациентов стали самостоятельно стоять и ходить без опоры.

Роботизированная кинезотерапия может успешно сочетаться с упражнениями в кабинетах биологической обратной связи и постурографией, лечебной адаптированной физической нагрузкой и физиотерапией, введением ботулотоксина типа А и ортезированием, а также психо-педагогической коррекцией. Такой подход позволил добиться результатов уже в течение 3-5 процедур по данным тестов L-FORCE, L-STIFF. Наилучшие результаты были получены у пациентов со спастической диплегией и сохранным интеллектом при детском церебральном параличе.

Таким образом, результаты внедрения реабилитационного комплекса «Локомат Про.» с беговой дорожкой и роботизированным ортопедическим устройством для локомоторной терапии можно считать успешными.

Список литературы:

1. Wirz M, Zemon DH, Rupp R, Scheel A, Colombo G, Dietz V, Hornby TG. Effectiveness of automated locomotor training in patients with chronic incomplete spinal cord injury: a multicenter trial. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2005; 86:672-80.
2. Hesse S, Werner C, Bardeleben A, Barbeau H. Body weight-supported treadmill training after stroke. Curr Atheroscler Rep 2001; 3: 287-294.
3. Hesse S, Werner C, van Frankenberg S, Bardeleben A. Treadmill training with partial body weight support after stroke. Phys Med Rehabi Clin N Am 2003; 14 Suppl 1: S111-S123
4. Schmidt H, Hesse S, Werner C, Bardeleben A. Upper and lower extremity robotic devices to promote motor recovery after stroke – recent developments. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc 2004; 7: 4825-4828.
5. Husemann B, Müller F, Krewer C, Heller S, Koenig E. Effects of Locomotion Training With Assistance of a Robot-Driven Gait Orthosis in Hemiparetic Patients After Stroke: A Randomized Controlled Pilot Study. Stroke. 2007;38:349-354.
6. Družbicki M, Rusek W, Szczepanik M, Dudek J, Snela S. Assessment of the impact of orthotic gait training on balance in children with cerebral palsy. Acta Bioeng Biomech. 2010; 12(3): 53-8. Institute of Physiotherapy, Rzeszów University, Poland. mdruz@univ.rzeszow.pl.
7. Borggraefe I, Schaefer JS, Klaiber M, Dabrowski E, Ammann-Reiffer C, Knecht B, Berweck S, Heinen F, Meyer-Heim A. Robotic-assisted treadmill therapy improves walking and standing performance in children and adolescents with cerebral palsy. Eur J Paediatr Neurol. 2010 Feb 5. PMID: 20138788 [PubMed - as supplied by publisher.
8. Meyer-Heim A, Ammann-Reiffer C, Schmartz A, Schaefer J, Sennhauser FH, Heinen F, Knecht B, Dabrowski ER, Borggraefe I. Improvement of walking abilities after robotic-assisted locomotion training in children with cerebral palsy. doi:10.1136/adc.2008.145458 Arch. Dis. Child. published online 10 Feb 2009.

Түйіндеме

Республикалық балалар оңалту орталығында роботталған

локомоторлы ем енгізудің тәжірибесі

Бөлекбаева Ш.Ә., Дәрібаев Ж.Р., Ризванова А.Р., Шәкенов М.Ж.

Авторлар ұжымы роботталған локомоторлы «Локомат Про.» оңалту комплексінің бірінші жыл қызметінің қорытындысың көрсетті.

Summary

The experience of robotic locomotor rehabilitation with «Lokomat Pro.» is introduced in

Republican children's rehabilitation center

Sh. Bolekbaeva, Zh. Daribaev, A. Rizvanova, M. Shakenov

Explorers are shared their 1 year experience of robotic locomotor rehabilitation with «Lokomat Pro.» in Republican children's rehabilitation center

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЭТАПНОЙ КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Булекбаева Ш.А., Султанова Г.М., Джаниева Т.С., Мырзабекова Ж.Ж.

Группа детей с тяжелыми нарушениями речи неоднородна. В нее входят дети с моторной и сенсорной алалией, анатрией (тяжелой степенью дизартрии). Тот уровень речи, который есть у этих детей - вокализация, звукоподражание и звукокомплексы, эмоциональные восклицания, даже отдельные нечетко произносимые обиходные слова не могут служить для полноценного общения[1]. Та «речь», которая есть у ребенка, не выступает «регулятором поведения», т. к. выработка условных связей на слова значительно затруднена.

Что же является общим для всех этих детей? Отсутствие мотивации к общению, неумение ориентироваться в пространстве, разлаженность поведения, негибкость в контактах, повышенная эмоциональная истощаемость. Все это мешает полноценному взаимодействию ребенка с окружающим миром. Поэтому необходимо создавать ситуации для развития речи, а не просто повторять заученный материал.

В связи с этим, на начальных этапах коррекционной работы дополнительно проводится динамическое наблюдение за безречевыми детьми в игровой и бытовой деятельности. Уточняется состояние слуха для отграничения детей с сенсорной алалией от детей со сниженным слухом и с преимущественным нарушением восприятия. Выявляется степень владения практическими навыками самообслуживания, бытовые действия, предметно-практическая деятельность. Многое зависит от того, как ребенок вступает в контакт, есть ли у него негативные реакции общего и речевого характера, может ли ребенок развернуть игру, включиться в подражание игровым действиям и продолжить их. Так же активно в коррекционную работу с ребенком необходимо включать родителей, сообщать им о результатах обследования, ближайших и отдаленных целях коррекции. С родителями должна проводиться предварительная работа по разъяснению значимости развития личностных качеств - доброты, терпения, внимания, усидчивости, умения подчиняться требованиям. Это необходимо не только из этических соображений, но и для вовлечения родителей в работу.

Для преодоления речевых и поведенческих особенностей на базе АО «РДРЦ» в

отделении «Ақжол» нами была апробирована и адаптирована программа поэтапной коррекционной работы, предложенная Е.В. Кирилловой.

В основу названной программы положен принцип комплексного подхода, предложенный Л. С. Выготским и адаптированный к безречевым детям. Суть программы состоит в том, что она предполагает поэтапно развивать сохранный потенциал безречевого ребенка с опорой на комплексную работу анализаторных систем и компенсировать его недостатки. Педагогический эффект программы заключается в деятельностном подходе, во включении безречевых детей в разные виды игровой деятельности, различные по содержанию сложности, степени социального опосредования [2,3].

Развитие положительной мотивации к взаимодействию с педагогом и сверстниками – основополагающий этап коррекционной работы, который необходим для включения детей в разнообразные виды совместной деятельности.

Программа обучения предполагает 4 этапа: подготовительный, начальный, тренировочный, заключительный.

На подготовительном этапе важной перспективной задачей является развитие системы межанализаторных связей как основы для формирования предпосылок коммуникативной деятельности. Особое значение имеет организация зрительного восприятия в заданном пространстве, развитие прослеживающих движений глаз, активизация ощущений тела как системы координат. Основным направлением является установление зрительного и эмоционального контакта, настрой ребенка на эмоциональное сопереживание, повышение уровня общей активности, организация произвольного внимания, развитие способности к концентрации, распределение и переключение внимания, а так же развитие потребности к общению.

Общение между педагогами и ребенком организовано таким образом, чтобы ребенок чувствовал себя комфортно. Для создания положительного эмоционального настроения на совместную деятельность используются различные виды безречевой деятельности (лепка, игра рисование и т.д.), организация игр, занятия. Материалы для игр и заданий подбираются в соответствии с индивидуальными особенностями каждого ребенка, используются различные пути и условия, помогающие ребенку вступать в контакт со сверстниками и овладеть навыками общения.

На начальном этапе обучения формируем языковые навыки и сенсомоторные эталоны,

необходимые для коммуникативной деятельности. Занятия проводятся индивидуально. Каждое занятие предусматривает большое количество упражнений и игр, направленных на формирование предпосылок коммуникативной деятельности. Важный момент в работе с детьми – развитие наглядного мышления, знакомство с предметами окружающей действительности.

На тренировочном этапе совершенствуются умения, сформированные на начальном этапе: создается основа для развития целостного восприятия в инклюзивной среде, произвольной регуляции деятельности.

Заключительный этап обучения связан с реализацией знаний и приобретенных умений и навыков в коммуникативной деятельности со здоровыми сверстниками. Несмотря на разные компенсаторные возможности и различный уровень сформированных языковых умений, выявлены такие общие тенденции, как повышение уровня заинтересованности в общении, играх, совместной деятельности с другими детьми.

Таким образом, коррекционная работа с безречевыми детьми строится по следующим направлениям:

- Развитие слухового восприятия.
- Развитие способности к использованию невербальных компонентов коммуникации.
- Развитие зрительно-моторной координации, мелкой моторики рук и артикуляционной моторики.
- Развитие зрительно-пространственного анализа и синтеза.
- Развитие сенсорно-перцептивной деятельности.
- Развитие функции голоса и дыхания.
- Развитие чувства ритма.
- Развитие импрессивной и экспрессивной речи.

Каждое направление включает определенные задачи и соответствующие им приемы, дифференцированные в зависимости от этапа работы и индивидуальных особенностей безречевых детей [2].

К нам часто поступают дети с различными нарушениями опорно-двигательного аппарата, для которых зачастую характерны такие речевые нарушения, как: моторная и сенсорная алалия, анартрия.

Пример: Никита С. 7 лет поступил в отделение «Акжол» с диагнозом: ДЦП, двойная

гемиплегия. При обследовании логопедом выставлен диагноз – анартрия. При поступлении ребенок практически не ориентировался в пространстве, отмечалась узость объема восприятия. Звуковые комплексы, произносимые Никитой были бедны и характеризовались сниженной эмоциональной окрашенностью, было слабо выражено стремление подражать речи взрослого, не реагировал на простейшие ситуативные инструкции, улавливал лишь интонацию, но не содержание обращенной к нему речи.

В течение первого, подготовительного этапа, он приобрел некоторый пассивный фонетический материал, овладел своим голосовым аппаратом, научился понимать речь окружающих. Далее, в процессе занятий с логопедом, начал определенным образом реагировать на слова (при демонстрации часов произносилось слово «тик-так», когда затем это слово повторялось, он начал обращать свой взгляд на часы). Таким образом, мы пришли к выводу, что у него создалась связь между звуком и некоторой ситуацией или реакцией на него, что означало, что мы движемся в нужном направлении.

Далее мы действовали согласно поэтапной программе развития речи, предложенной Е.В. Кирилловой. В процессе работы использовались разнообразные игры и упражнения, практиковались совместные игры со здоровыми сверстниками. К концу пребывания ребенка в центре стало очевидно, что на основе понимания, сначала очень примитивного, речи взрослого и овладения своим голосовым аппаратом начала развиваться речь: появились первые осмысленные слова, они состояли преимущественно из губных и зубных согласных, соединенных с гласным в слог, многократно повторяющийся : мама, баба, папа.

Таким образом, была вызвана потребность в общении и даны первые толчки к становлению речи.

Наблюдения и результаты работы с Никитой С., а также остальными детьми показали, что данная методика поэтапной коррекционной работы, предложенной Е.В.Кирилловой применима и результативна в условиях детского реабилитационного центра.

Литература:

1. Выготский Л.С «Основные проблемы дефектологии» // Выготский Л.С. Собр.соч. Т. 5 М.,1983.
2. Филичева Т.Б. «Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста». М., 1999.
3. Рубинштейн С.Л. «Основы общей психологии». Санкт-Петербург, 2004.

Түйіндеме

**Этапты түзету-логопедтық әдістерді сөйлеу қабілеті бұзылған
балаларда қолдану тәжірбиесі**

Бөлекбаева Ш.А., Сұлтанова Г.М., Джаниева Т.С., Мырзабекова Ж.Ж.

*Мақалда тілді дамытудағы логопедиялық әдісті балалар оңалту орталығы жағдайында
қолдану тәжірбиесі көрсетілген.*

Summary

**The experience of using the phase correction and speech therapy methods for children with severe
speech disorders**

Sh. Bulekbaeva, G. Sultanova, T. Zhanyeva, Zh. Myrzabekova

*The article express the experience of speech therapy techniques of speech development
in children's rehabilitation center.*

ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР» ЗА 2011 ГОД

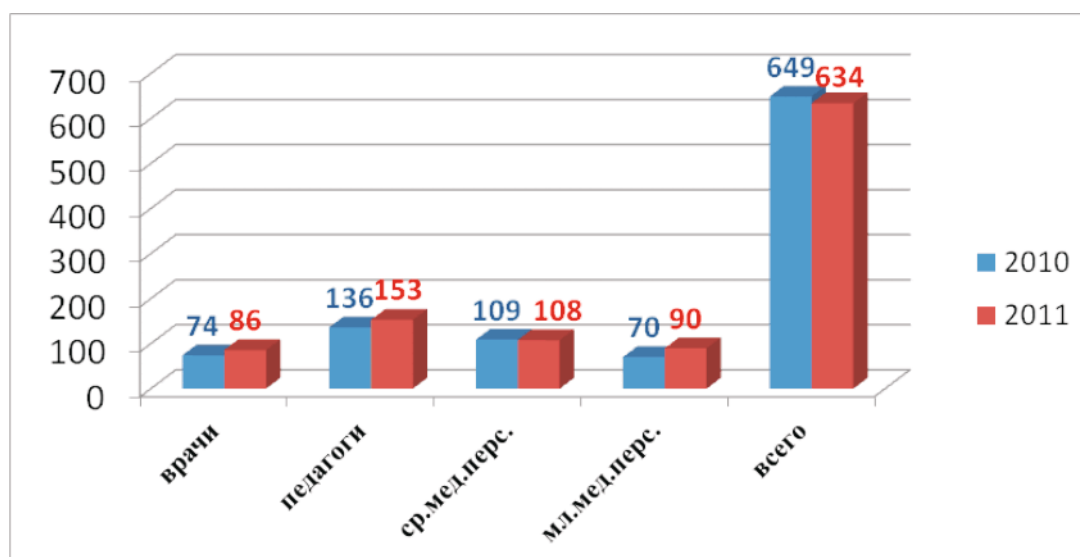
Краткая информация об Обществе

АО «РДРЦ» действует на основании Лицензий: на занятие медицинской деятельностью, фармацевтической деятельностью, в сфере общего среднего образования.

Работа в Обществе направлена на комплексную коррекцию двигательных, психо-эмоциональных, речевых нарушений, приводящих к социальной дезадаптации детей с психо-неврологической и нейроэндокринной патологиями.

Основным принципом реабилитации в условиях Общества является интегративная форма комплексной реабилитации детей со специфическими нуждами, включающая сочетание нескольких наук: медицина, педагогика, психология и психофизиология, биофизика, культурологии и социальная медицина.

Кадровый состав:



Основную категорию работников составляют женщины - 531(83,7%),
мужчины - 103 (16,2 %);

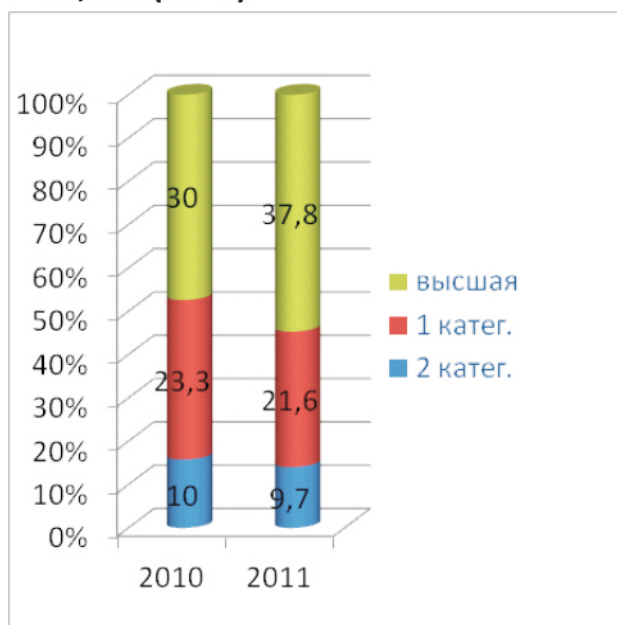
- Средний возраст работающих составляет - 35-45 лет;

- Удельный вес научных кадров – 9 сотрудников;

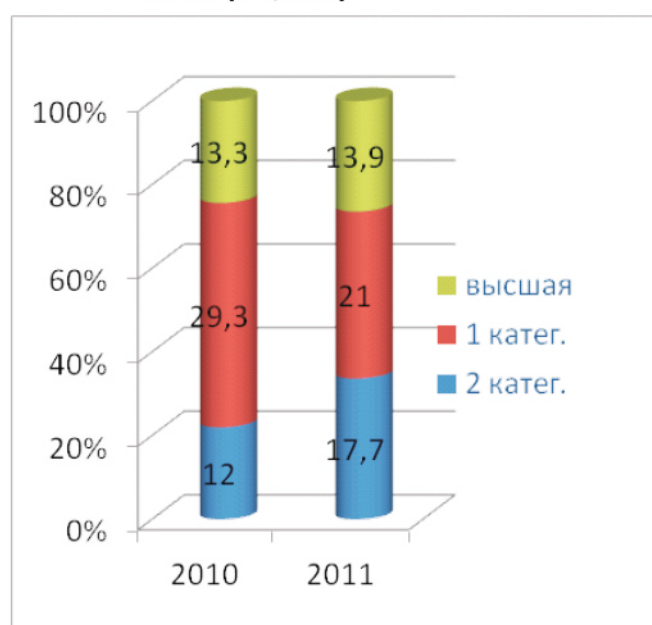
- Текучесть кадров – 29,3 % (2010 - 38,2 %), 50 сотрудников уволены в связи с передачей смежных служб в аутсорсинг, текучесть медицинских кадров – 8 %;

- По состоянию на 01.01.2012г. фактическая численность сотрудников составляет 634 человек, укомплектованность составила 63,5 %, (против 649 сотрудников в 2010 году - 65,0%)

Категорийность врачей 53,1 % (55 %)



Категорийность медсестер 69 % (64,4 %)



Работа коечного фонда

	Всего койко-дней	Работа койки	оборот	Средняя длительность
2010	70729	345,0	13,9	24,9
2011	99985	333,3	14,2	23,5

С увеличением пациентов увеличилось количество койко-дней, койка работала 333,3 дня. Оборот койки незначительно увеличился. Средняя длительность пребывания больного на койке составила 23,5 % (2010 - 24,9 %), в связи с изменением условий Договора с ДКОМУ по средней длительности пребывания больного на койке в 2011г. (24 койко-дня).

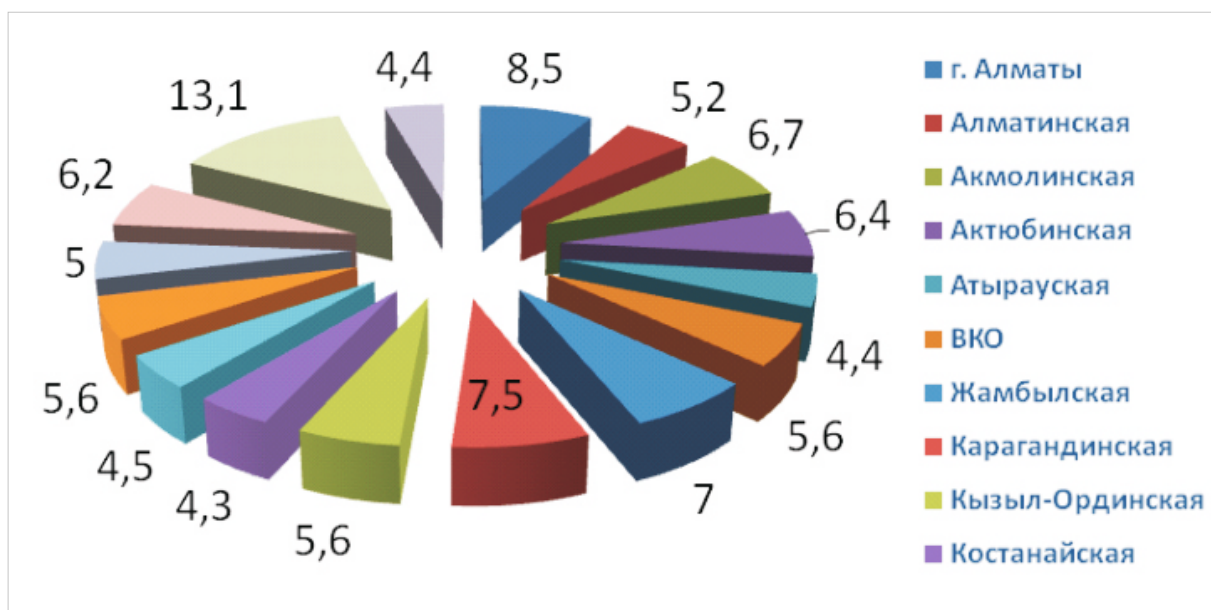
Предельный объем СМП перевыполнен на 1,4%.

За отчетный год доля пациентов городского населения составила 73,6 % (2010г. - 79,3 %), сельского 26,4 % (2010 - 20,7 %)

Иногородних пациентов - 87 % (2010-84%),

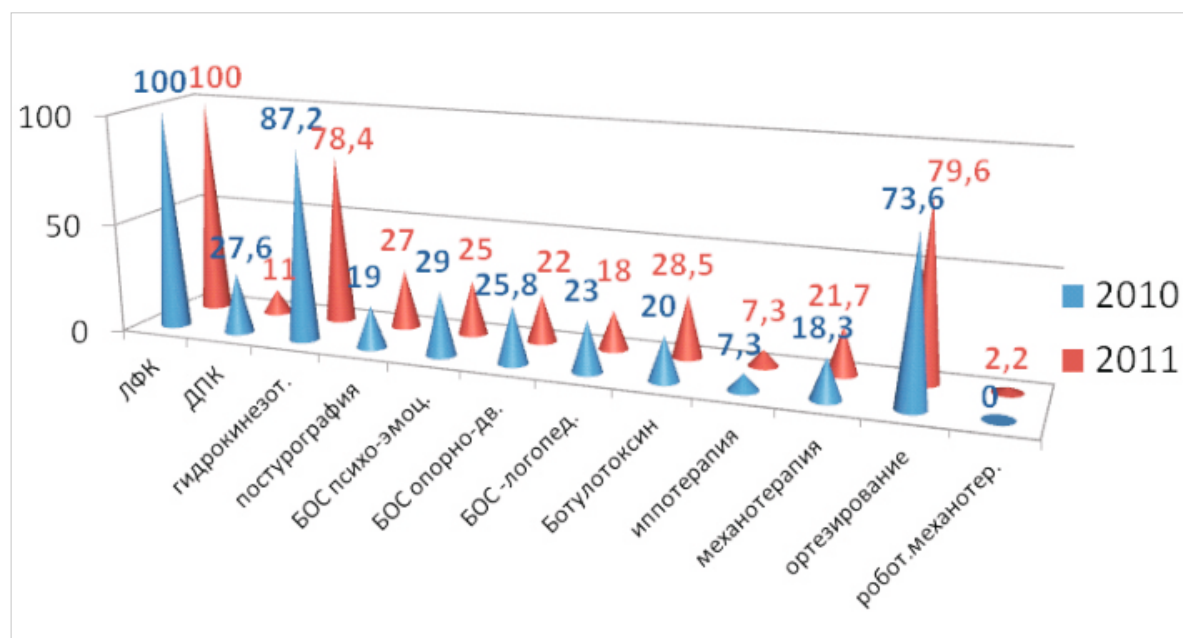
Иностранцев - 11 человек, из них из ближнего зарубежья - 4, дальнего зарубежья – 7 (Канада -3, Турция -2, Италия – 1, Англия - 1)7

Распределение пациентов в разрезе регионов



Распределение мест по регионам основано на заявленной потребности из регионов. Наибольшее количество пациентов направлено из г. Астана – 13,1 %, г. Алматы – 8,5 %, Карагандинской области – 7,5 % и Жамбылской области – 7 %. Наименьшее количество из Костанайской области – 4,3 %, Атырауской – 4,4 %, ЗКО – 4,4 %, Мангистауской – 4,5 %

Применение инновационных технологий



Охват ЛФК составляет 100 %. Занятия ЛФК проводятся по группам: общая 20 %, смешанная 24 %, индивидуальная 57 %. Количество полученных процедур в среднем по 17 занятий, всего 73073 процедур. Ежеездно во всех отделениях проводится олимпиада «Участвую и побеждаю» среди пациентов.

Охват методом ДПК уменьшился в два раза по сравнению с прошлым годом (с 27,6% до 11%), что связано с износом костюмов.

Отмечается незначительное уменьшение числа охвата методами БОС психо-эмоциональной и БОС опорно-двигательной коррекции в среднем на 4%, несмотря на увеличение числа пациентов.

Охват методом постурографии увеличился на 8%, и составил 27 % (2010 - 19 %). Из тестированных пациентов 77 % пациентов (2010 - 57 %) получили лечение.

Роботизированной механотерапией на аппарате «Локомат» было охвачено 2,2% пациентов.

Охват механотерапией увеличился с 18,3 до 21,7 %, иппотерапией остался на прежнем уровне 7,3%.

Ортезированием охвачены 79 % (2010 - 73.6 %) нуждающихся в ортезировании пациентов, осмотрены все пациенты.

Роботизированная кинезотерапия

Роботизированная кинезотерапия на аппаратном комплексе «Локомат Про.» проведена 156 пациентам, из них 137 (88 %) детей и 19 (12%) взрослых. В том числе платных – 63 (детей – 44, взрослых – 19);

В структуре заболеваний: ДЦП - 80 %, травмы ЦНС – 9 %, инсульты – 3,8 %, прочие – 7 %

Показатели динамики	%
увеличение мышечной силы (тест L-FORCE)	37,5
снижение мышечной спастичности (тест L-STIFF)	30
мотивация к самостоятельной ходьбе	100

Увеличение мышечной силы на 37,5 %, снижение мышечной спастичности на 30 %, мотивация к самостоятельной ходьбе в 100 % .

8 пациентов сделали свои первые шаги, к концу курса улучшили свои показатели – до 10-20 шагов. К примеру пациент З. 11 лет, передвигавшийся только с помощью коляски, к концу курса сделал 5-6 шагов с опорой за одну руку. Пациент Р. 51 год – диагноз: Левосторонний глубокий гемипарез, стал уверенно стоять и делать до 5 шагов. Пациенты, имевшие навык ходьбы, улучшили рисунок ходьбы.

Динамика моторного развития ;

навыки	Удержание головы	Самост. сидение	Самост. ползание	Самост. вертикализация	Самост. передвижение
2010	73,9	47,6	33,2	19,1	11
2011	70,1	53,3	30	19,7	10,4

Снижение показателей динамики моторного развития за отчетный год в сравнении с 2010 г. по 3-м навыкам связано с увеличением количества пациентов со смешанной и двойной гемиплегиями и уменьшением средней дозы БТ-А на одного пациента

Динамика бытовой адаптации

годы	бытовая адаптация при поступлении	бытовая адаптация при выписке	% улучшения
2010	47,5	59,5	12
2011	35	48	13

Оценка бытовой адаптации и навыков самообслуживания при поступлении и при выписке пациентов показала удовлетворительный процент, составляющий в среднем 13 % в 2011г., а 2010г. - 12 %.

За отчетный период обучение в общеобразовательной школе прошли 1640 (38,5%) учеников; (в 2010 г. – 1352 (47 %), из них инклюзивным образованием было охвачено 737 (45%) учеников, что в сравнении с 2010 годом на 13 % больше (442-32%); Монтессори-педагогикой занимались 1909 (44,8 %) пациентов (2010 - 38,3 %); 16,7 % пациентов в отчетном году и 14,7% в 2010 г. не охваченные обучением дети, госпитализированные во время летних каникул.

Показатели социально-педагогической реабилитации

Охват занятиями	2010	2011
Занятия в секциях по боксу, баскетболу, настольному теннису	4,6	10,3
агротерапия	64,4	100
На автодроме	64,4	42,5
В костюмерной	69,5	58,6
В парикмахерской	38,4	34

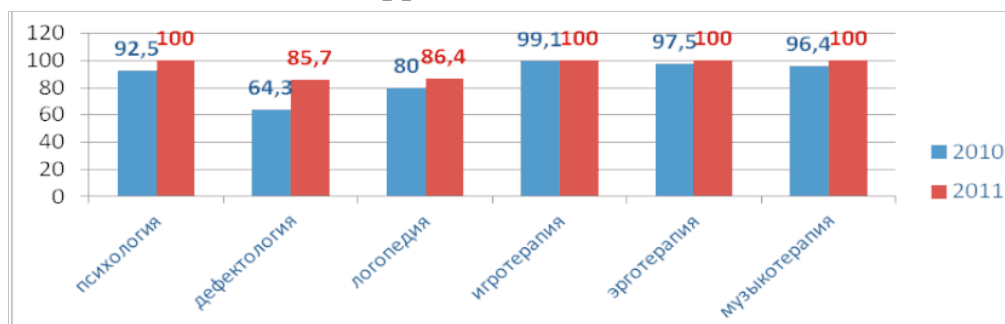
Продолжалась работа по адаптации и интеграции детей в социум через трудовую терапию в условиях реального производства продукции в мастерских, привития навыков самообслуживания, вовлечения детей в адаптивную физическую культуру и спорт, обучения правилам дорожного движения, творчество.

За отчетный период проведено 440 (131) занятий по трем видам адаптивного спорта - боксу, баскетболу, настольному теннису с 304 (168) детьми (10,3 % охвата), все дети привлекались к активной творческой деятельности. Кроме того, проводились занятия по агроландшафттерапии со 100 % охватом (64,4 %) детей.

Занятиями на автодроме охвачено 42,5% пациентов (64,4 %), в костюмерной 58,6 % пациентов (69,5 %), профессиональную ориентацию в парикмахерской проходили 34% пациентов (38,4 %).

Социальным работником проведено 1393 консультации родителями, 6 круглых столов, 194 экскурсии пациентов по городу, 185 посещений цирка, 3 концерта.

Охват коррекционной педагогикой



Процент охвата пациентов методами коррекционной педагогической реабилитации в отчетном году вырос. Так, психологическая коррекция с 92,5 до 100%, занятия дефектолога с 64,3 до 85,7%, логопеда с 80% до 86,4%, игро-, эрго-, музыкотерапии – до 100%. 100% охвата специалистами добились заменой специалистов во время отпускного периода воспитателями.

Деятельность ТОО «Ортезист»

	Гос. бюджет		платные	
	2010	2011	2010	2011
Осмотрено пациентов	2856	4229	294	737
Нуждались в ортезировании	2103-73.6%	3370-79.6%	294 -100%	708-96%
Охвачено ортезированием	2103-100%	3370-100%	294 -100%	708-100%
Изготовлено ортезов	4427	7352	543	1176
Финансовый результат (тыс.тг.)	-	+3734,0		
рентабельность	-	+9,3%		

Вырос объем новых видов ортезных изделий: жесткий корсет типа «Шено», корсет «Бостон», голеностопно-коленнобедренный ортез, корсет для сиденья, шина Виленского, антирекурвационный ортез, межпальцевой валик для коррекции «Hallux-Valgus».

Изготовлено дополнительно 3 подометра

Разработано и изготовлено 3 тренажера для активной разработки кисти, лучезапястного, локтевого суставов, подана заявка на изобретение.

Оформлено 2 акта внедрения новых технологий:

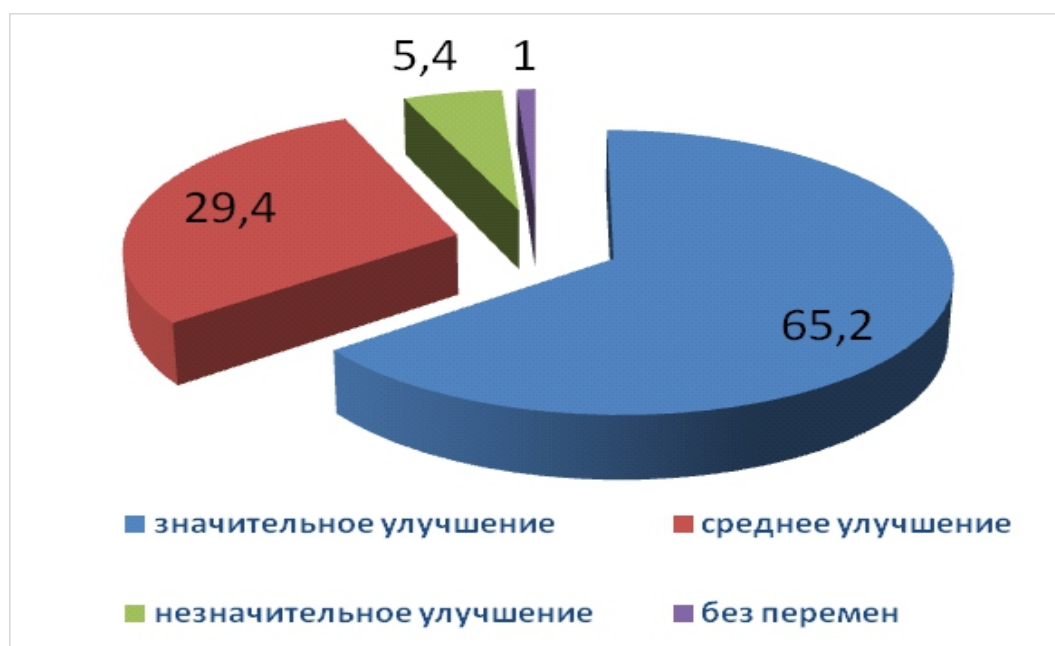
- корсет для сиденья;

-тренажер для активной разработки кисти, лучезапястного, локтевого суставов.

Всего доходов 43 916,8 тенге., в том числе от АО «РДРЦ» – 80,2 %, от платных услуг – 19,6 %, прочие - 0,2 %. Финансовый результат +3734,0 тенге.

Рентабельность 9,3 %. По итогам года предприятие имеет положительный финансовый результат.

Исходы реабилитации



Из пролеченных пациентов, выписаны с улучшением состояния – 99 % детей, что соответствует аналогичным показателям прошлого года – 99,1%. Без перемен выписаны и переведены в другие стационары 1 % пациентов с сопутствующей соматической патологией.

По результатам реабилитации следует вывод, что 65,2 % пациентов выписываются с значительным улучшением состояния, 29,4 % - со средним и 5,4 % - с незначительным улучшением (это пациенты с тяжелым неврологическим статусом, выраженной интеллектуальной недостаточностью и грубыми поведенческими нарушениями).

Научная работа и инновационная деятельность

В 2011 году начал издаваться научно-практический журнал «Вопросы реабилитологии».

Опубликовано 82 статьи (в 2010 - 35) в различных изданиях.

Разработано 2 проекта НТП:

1) «Разработка комплексного метода реабилитации детей с двигательными нарушениями с использованием роботизированных технологий»;

2) «Внедрение инновационных реабилитационных нейро-ортопедических костюмов «Атлант» и «Регент».

Разработано 3 методических рекомендаций (в 2010 - 1);

Проведено 3 мастер-класса (в 2010 - 1) с приглашением специалистов из Израиля, Украины и России; 4 научно-практических семинара (в 2010 - 4); 7 локальных научно-практических конференции (в 2010 - 6);

Проводилась подготовка научных кадров: под руководством д.м.н. Ш. А. Булекбаевой работали 2 резидента, 1 магистрант, 1 к.м.н., 1 докторант PhD; 2 магистранта успешно защитили свои диссертации.

Продолжается работа по гранту «Внедрение Монтессори-педагогике в коррекционно-развивающее обучение и воспитание детей детских дошкольных учреждений Республики Казахстан». В 2011 г. в рамках гранта обучено 38 Монтессори-педагогов из регионов.

Принято участие в мероприятиях «Дни НМХ» в трех областях.

Проведены выездные десанты специалистов Общества в 6 областей.

Образовательная деятельность

Выполнен Государственный заказ по Программе 014 «Повышение квалификации и переподготовка работников государственных организаций здравоохранения»: ПП - 12 специалистов, ПК – 33, 24 специалиста на договорной основе.

На 3 мастер-классах прошли обучение 84 специалиста Центра и 98 - из регионов;

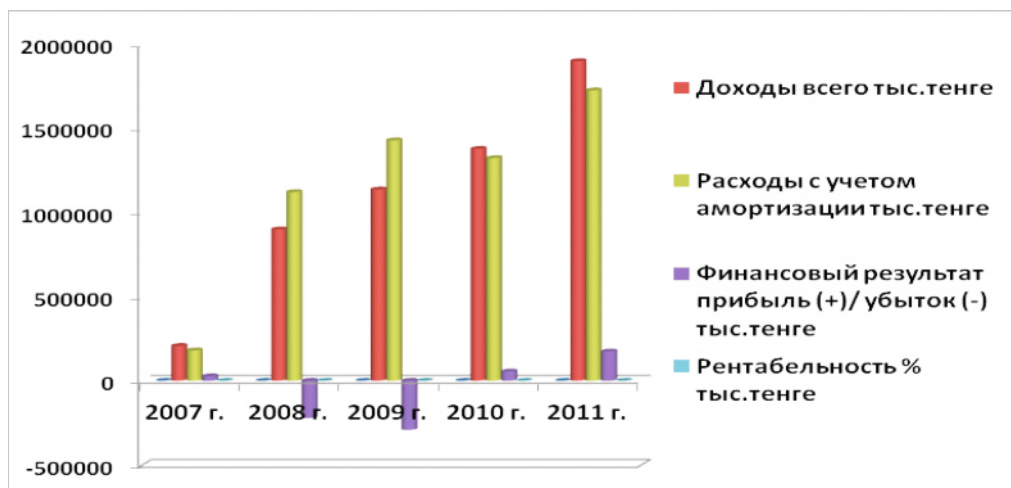
На 4 научно-практических семинарах прошли обучение 178 специалистов Центра и 129 - из регионов.

Обучение за рубежом (в Великобритании, США, Чехии, Дании, Израиле, Южной Корее, Турции, России) прошли 17 специалистов Общества (в 2010 - 3).

Проведены выездные циклы повышения квалификации в регионах РК (ВКО, г. Усть-Каменогорск; ЮКО, г. Шымкент), обучено 46 врачей.

Курсы повышения квалификации прошли 184 (2010 – 136) специалиста Общества, из них 32 врача и 81 средних медицинских работников (СМР); АУП – 29; педагогов – 42.

Ключевые финансовые показатели эффективности деятельности



Наименование финансовых показателей	Ед.изм.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
1	2	3	4	5	6	7
Доходы всего	тыс.тенге	207 450	900 709	1 138 279	1 379 606	1 901 248
Расходы с учетом амортизации	тыс.тенге	180 655	1 122 126	1 430 046	1 324 370	1 727 279
Финансовый результат прибыль (+)/убыток (-)	тыс.тенге	26 795	-221 417	-291 767	55 236	173 969
Рентабельность %	тыс.тенге	0,15	-0,20	-0,20	4,2	9,15

Выводы

1. Укрепляется материально-техническая база Центра, внедряются высокотехнологические методы в реабилитации: установлено два оборудования «Lokomat Pro».
2. Осуществлена госпитализация пациентов на 300 сметных коек, что привело к увеличению общего количества пациентов.
3. Улучшились основные показатели коечного фонда в сравнении с 2010 годом, предельный объем СМП перевыполнен на 1,4 %.
4. Доход Общества составил 1 млрд. 901 млн. 248 тыс. тенге, увеличение по сравнению с 2010 годом на 37,8 %.
5. Объем платных услуг составил 139 млн. 811 тыс. тенге, что больше аналогичного показателя 2010 года на 0,12 %.
6. Переданы во внешний аутсорсинг пищеблок и клининг, централизована клинико-

диагностическая лаборатория, в ТОО «Демеу-ҰМХ» переданы услуги маркетинга, рекламной деятельности, информационно-технической поддержки и пресс-службы.

7. Создано дочернее юридическое лицо (инсорсинг) ТОО «Ортезист».

8. Стабильны показатели эффективности проведенных реабилитационных услуг - 99% детей выписаны с улучшением общего состояния.

Задачи

- Внедрение международных стандартов «Joint Commission International» (JCI) в соответствии с Планом мероприятий на 2012 год.

- Привлечение иностранных специалистов (врачи/медсестры) в области реабилитологии, неврологии и эндокринологии в ближнем и дальнем зарубежье по системе контрактов.

- Внедрение системы «менторства».

- Обучение специалистов английскому языку в 2012 -50 человек.

- Направление специалистов на среднесрочные и долгосрочные курсы в ведущих клиниках мира (врачи/медсестры/педагоги).

- Обучение среднего медицинского персонала в Школе медицинских сестер с 2-4 годичным образованием.

- Организационно-методическая поддержка региональных центров (издание методических руководств, обучение специалистов из регионов, выездных десантов, дней Холдинга в регионах).

- Организация международной конференции «Приоритетные направления в реабилитологии и восстановительной медицине», с выпуском материалов конференции.



ЧЕМЕРИС АНДРЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ

(к 60-летию со дня рождения)

13 апреля 2012 года исполнилось 60 лет со дня рождения доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой Традиционной медицины Алматинского государственного института усовершенствования врачей Чемерис Андрея Васильевича-ученого, чья целеустремленность, профессиональный опыт и смелость исследователя позволили достичь значимых результатов в области неврологии. С именем Андрея Васильевича, его плодотворной исследовательской деятельностью по праву связывают успешное решение целого ряда фундаментальных и прикладных проблем отечественной медицинской науки.

Чемерис А.В. окончил АГМИ в 1975 году, работал анестезиологом-реаниматологом, затем психиатром, заведовал отделением в Алматинской областной психиатрической больнице. С 1985 года ассистент курса Рефлексотерапии при кафедре невропатологии АГИУВ. С 1988 года возглавляет кафедру Традиционной медицины, главный специалист Министерства здравоохранения РК по рефлексотерапии.

Чемерис А.В. – создатель школы Традиционной китайской медицины, мануальной медицины в Республике Казахстан. Он автор более 150 научных трудов. Под руководством профессора прошли профессиональную подготовку многие доктора и кандидаты наук, он является научным консультантом 3 докторских и 7 кандидатских диссертаций.

Благодаря значимому личному вкладу были созданы и сегодня успешно развиваются поистине уникальные медицинские технологии. Чемерис А.В. в совершенстве владея теорией и основными методами современной молекулярной генетики, успешно применяет их в ряде областей медицины, в частности в педиатрии и психиатрии, что позволило ему разработать и внедрить в практику комплекс инновационных технологий для лечения ДЦП, двигательных нарушений у детей с врожденными и наследственными заболеваниями. Впервые в постсоветском пространстве с 1998 года он начал применять «Диспорт» (ботулинический токсин типа А) для лечения больных локальными гиперкинезами, ДЦП и другими двигательными расстройствами, а также использовать его и в эстетической медицине.

Научные достижения Андрея Васильевича отмечены высокими государственными наградами. Друзья и коллеги знают его, как ученого, преданного самым высоким идеалам отечественной науки и сочетающего строгий академизм с широким принятием новых идей и подходов. Глубокие знания, профессионализм, активная жизненная позиция снискали ему высокий авторитет и широкую известность.

Его бескорыстие и плодотворное служение науке, активная общественная деятельность, работа по подготовке специалистов нового поколения широко известны не только в Республике Казахстан, но и за ее пределами.



ЛУЧШАЯ КЛИНИКА 2011 ГОДА



С октября 2011 года стартовал **Третий Открытый Отраслевой Конкурс «Фармацевтическое Созвездие-2011»**.

Организаторы проекта: Агентство маркетинговых коммуникаций «Асiерто».

Целью Конкурса является создание коммуникационной площадки для участников рынка фармации и медицины. «Фармацевтическое созвездие» - это объективные заключения экспертов отрасли, прозрачная система определения победителей, учет мнения широкой аудитории.

Конкурс «Фармацевтическое созвездие» проводится при официальной поддержке Министерства здравоохранения РК, Министерства индустрии и новых технологий РК, СК-Фармации, РГП «Национальный Центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники», Акимата города Алматы и Управления здравоохранения города Алматы.

С 7 февраля по 27 февраля 2012 года прошло онлайн голосование на портале Конкурса, в голосовании приняло участие 8712 человек, из них 77 % опрошенных респондентов за проголосовало АО «Республиканский детский реабилитационный центр» г. Астаны.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр» признан **Лучшей клиникой 2011 года** в номинации "Клиника 2011 года" подноминации "Специализированная клиника" Третьего Открытого Отраслевого Конкурса «Фармацевтическое Созвездие».

В Церемонии Награждения приняли участие представители государственных органов, акимата города Алматы, управления здравоохранения, эксперты фармацевтического рынка и здравоохранения, топ-менеджеры фармацевтических компаний, медицинские организации, аптечных сети.

Памяти Асатовой Акмарал Болатаевны



Мемориальная доска памяти д.м.н., организатора здравоохранения Асатовой Акмарал Болатаевны открыта 5 марта 2012 г. в АО «Республиканский детский реабилитационный центр».

В Центре, консультативно-диагностическому отделению присвоено имя Акмарал Болатаевны.

Открыл церемонию Председатель Правления АО «Национальный Медицинский Холдинг» Биртанов Е. А. Он отметил важность произошедшего события для медицинской общественности и посвятил несколько минут биографии А.Б. Асатовой. Акмарал Болатаевна успешно сочетала врачебную, научно-исследовательскую и экспертно-организационную работу. Ее отличали чрезвычайно широкие научные интересы, эрудиция в различных областях медицины, научно-исследовательские способности и одновременно с этим целеустремленность, трудолюбие, порядочность, настойчивость, глубокое чувство ответственности и доброта в отношениях с пациентами и коллегами.

На церемонии присутствовали родители и родные Акмарал Болатаевны, коллеги и друзья.



ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Уважаемые коллеги!

АО «Республиканский детский реабилитационный центр» г. Астана 27-28 сентября 2012г. проводит Международную научно-практическую конференцию «Приоритетные направления реабилитологии и восстановительной медицины». Приглашаем Вас принять участие в работе конференции.

Ключевые вопросы конференции:

- современные аспекты реабилитологии и восстановительной медицины;
- инновационные методы лечения в медицине;
- кинезотерапия - ЛФК (роботизированная, механотерапия, гидрокинезотерапия и др.);
- коррекционная педагогика и социальная адаптация в реабилитологии.

Будет издан специальный выпуск журнала «Вопросы реабилитологии» и сборник тезисов участников. Требования к материалам для публикации: тезисы объемом до 2 страниц, статьи объемом до 5 страниц формата А-4, кегль 14, межстрочный интервал 1,5, в формате Word. Первая строка по центру фамилия и инициалы автора. Вторая строка название тезиса прописными буквами. Далее следует текст работы. Поля справа - 1,5; слева - 3,0; сверху и снизу - по 2,0 см. Материалы необходимо представить до 1 августа 2012г. К рассмотрению принимаются тезисы и статьи (электронный вариант), соответствующие требованиям ВАК Казахстана: структура, список литературы, сведения об авторе, резюме. Ссылки на литературу в тексте оформляются в квадратных скобках. Название файла должно соответствовать фамилии автора. Тезисы не соответствующие по структуре и содержанию требованиям ВАК Казахстана публиковаться не будут. 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 KСJB KZ KX, КБЕ 16

Рабочие языки конференции: казахский, английский, русский.

Программа конференции будет направлена дополнительно на основании Вашего заявочного формуляра.

Контактные лица:

1. Оспанова Шолпан Хожановна - начальник управления стратегического развития и менеджмента качества АО «РДРЦ», моб.тел. 8 702 201 34-95, e-mail: Sholpan.Ospanova@nmh.kz

2. Макишева Назигуль Жумабековна – специалист отдела образования (науки) и инновационных технологий АО «РДРЦ», моб.тел. 8 702 525 21-96, e-mail: Nazigul.Makisheva@nmh.kz, journalrdrc@mail.ru.

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

E-mail: 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 КСЖВ 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