



В О П Р О С Ы РЕАБИЛИТОЛОГИИ

ISSN 2222 - 2014

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ №7 | 2013 (2)



ISSN 2222-2014

0 2



9 772222 201114

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

ISSN 2222-2014

Научно-практический журнал издается 3 раза в год

Редакционная коллегия:

Асагова А.Б., Мухаметжанов Х.М., Рахимжанова Р.И.,
Дарибаев Ж.Р., Чемерис А.В., Сейсембеков Т.А., Султанова Г.М.,
Джумаева Л.Ш., Ризванова А.Р., Жалимбетова Г.А.,
Медетбекова Ж.А., Шакенов М.Ж., Кусаинова К.К.

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)

Ерекшов А.Е. (д.м.н., профессор)

Костшевски 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) 511-543
E-mail: journalrdrc@mail.ru

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

**«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

Республиканский детский
реабилитационный центр
тел. 7172-511-551
факс 7172-511-544
e-mail: rdrc@mail.ru
тел./факс 7172-511-543
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 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 реабилитологии
14. Памятные даты

СОДЕРЖАНИЕ

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СЛУЖБЫ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Сергазин Б.Ш., Бюрабекова Л.В., Ахильбеков Н.С......7

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «МЕЙІРІМ»

Таубасова Л.К., Сагындыкова П.С......12

ВЛИЯНИЕ ПОЛИТИКИ УПРАВЛЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИКАМЕНТОВ НА ВЫПИСЫВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

*Макалкина Л.Г., Сейкенова Ж.А., Тайтубаева Г.К., Садыбаева Г.К.²,
Мусагалиева К.К.*.....15

ОЦЕНКА ЭЭГ-МОНИТОРИНГА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ

*Кенжегулова Р.Б., Джаксыбаева А.Х., Иманалиева Г.А., Сагандыкова Е.С.,
Тортаева Г.С., Афанасьева М.С.*.....20

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ГЛОТАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Байдарбекова А.К., Хамадиева А.Ф., Турысбекова С.К., Танирбергенова К.Н......25

ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ЛИДЕРСКИХ КАЧЕСТВ РУКОВОДСТВА КОМПАНИИ

Балабекова Д.М., Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д......30

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РОБОТИЗИРОВАННОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

*Шакенов М.Ж., Медетбекова Ж.А., Амирова А.Т., Байдарбекова А.К.,
Кудайбергенов А.С., Раисова А.М.*.....40

МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ СПАСТИЧЕСКОЙ ТУГОПОДВИЖНОСТЬЮ ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВОВ

Каладинова Т.И., Шакенов М.Ж......44

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ СРЕДИ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 5 ЛЕТ

Смагулова И.Е......48

УКРЕПЛЕНИЕ ИММУНИТЕТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Тугаева Ж.А., Кучербаева З.Т......54

ИНСУЛИН ГЛАРГИН (ЛАНТУС) – КАК СРЕДСТВО СТАБИЛИЗАЦИИ ГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кучербаева З.Т., Тугаева Ж.А......57

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОГО СЕСТРИНСКОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
<i>Тлеулинова Р.Р.</i>	61
ШКАЛА «MACS» – КЛАССИФИКАТОР ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
<i>Жакенова А.С.</i>	64
РИСКИ ПАДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП И КРИТЕРИИ ИХ ОЦЕНКИ В УСЛОВИЯХ АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»	
<i>Байдалина М.Е., Жалимбетова Г.А.</i>	70
МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ «РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ» В РАМКАХ IV НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА ПО БОЛЕЗНЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.....	73
СОБЫТИЯ.....	79
ПАМЯТИ КАЙШИБАЕВА НУРЛАНА СМАГУЛОВИЧА.....	94
ИНФОРМАЦИЯ ПО БУДУЩИМ КОНФЕРЕНЦИЯМ.....	96

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СЛУЖБЫ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Сергазин Б.Ш., Бюрабекова Л.В., Ахильбеков Н.С.

**РГП на ПХВ «Республиканский центр санитарной авиации»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Астана**

Развитие транспортной медицины, предусмотренное Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы, обеспечивает дальнейшее повышение доступности медицинской помощи сельскому населению, проживающему в отдаленных и труднодоступных регионах страны за счет развития транспортной медицины. Ее динамичное развитие ярко демонстрирует заботу государства о своих гражданах.

В своем ежегодном Послании народу Казахстана «Построим будущее вместе!» в 2011 году Президент Назарбаев Н.А. также подчеркнул, что «...особый акцент необходимо сделать на расширении доступности медицинской помощи для сельских жителей и своевременности оказания экстренной медицинской помощи и снижению числа погибших при дорожно-транспортных происшествиях. Транспортная медицина для Казахстана очень актуальна, и мы будем её развивать».

Можно с уверенностью утверждать, что сегодня обеспечить доступность современных медицинских технологий для жителей сельских и отдаленных районов, оказать помощь на дорогах, обеспечить транспортной медицинской помощью в усложняющемся в технологическом отношении мире невозможно без создания системы медицинской помощи на основе санитарной авиации на новом технологическом и организационном уровне.

На сегодняшний день транспортная медицина в республике представлена передвижными медицинскими комплексами (ПМК), лечебно-диагностическими поездами «Денсаулық», «Жәрдем» и «Саламатты Қазақстан», санитарной авиацией и трассовыми медико-спасательными пунктами (ТМСП).

По инициативе Министерства здравоохранения Республики Казахстан постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2012 года № 1724 создан «Республиканский центр санитарной авиации» (далее – РЦСА).

Основной целью создания РЦСА является улучшение качества и доступности экстренной медицинской помощи с использованием воздушного транспорта для снижения смертности и инвалидизации населения.

Основные задачи РЦСА:

1. Оказание экстренной, квалифицированной, специализированной, высокоспециализированной и консультативно-диагностической медицинской помощи в форме санитарной авиации на областном или республиканском уровне, при невозможности оказания помощи на региональном уровне, в следующих случаях: тяжелые сочетанные травмы; обширные термические ожоги; осложненные беременность и роды; тяжелые врожденные пороки развития, требующие оперативного вмешательства в первые сутки жизни.

2. Организация и координация деятельности региональных отделений санитарной авиации.

3. Направление санитарного авиатранспорта (вертолет, самолет):

- транспортировка больных, рожениц, пострадавших, находящихся на расстоянии более 150 километров от места расположения медицинской организации при невозможности транспортировки наземными видами транспорта;
- доставка квалифицированных специалистов, в том числе из республиканских организаций здравоохранения;
- доставка пациента в республиканские организации здравоохранения;
- оказание экстренной и неотложной медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях на автомагистралях.

Свою деятельность РЦСА осуществляет во взаимодействии с МЧС РК, МВД РК, Министерством транспорта и коммуникации РК и гражданской авиацией.

Постоянная готовность сотрудников РЦСА к вылету позволяет экстренно решать сложные вопросы, касающиеся медицинской авиатранспортировки с использованием самолетов и специализированных вертолетов класса «Eurocopter» EC-145, сборка которых осуществляется в Республике Казахстан.

На сегодняшний день все регионы Республики Казахстан охвачены транспортными средствами службы санитарной авиации (5 вертолетов, 11 самолетов), оснащенных медицинским оборудованием.

По итогам деятельности за 6 месяцев 2013 года РЦСА осуществлено 596 вылетов к 796 пациентам, оказана 841 услуга (рисунок № 1).

Количество услуг санитарной авиации

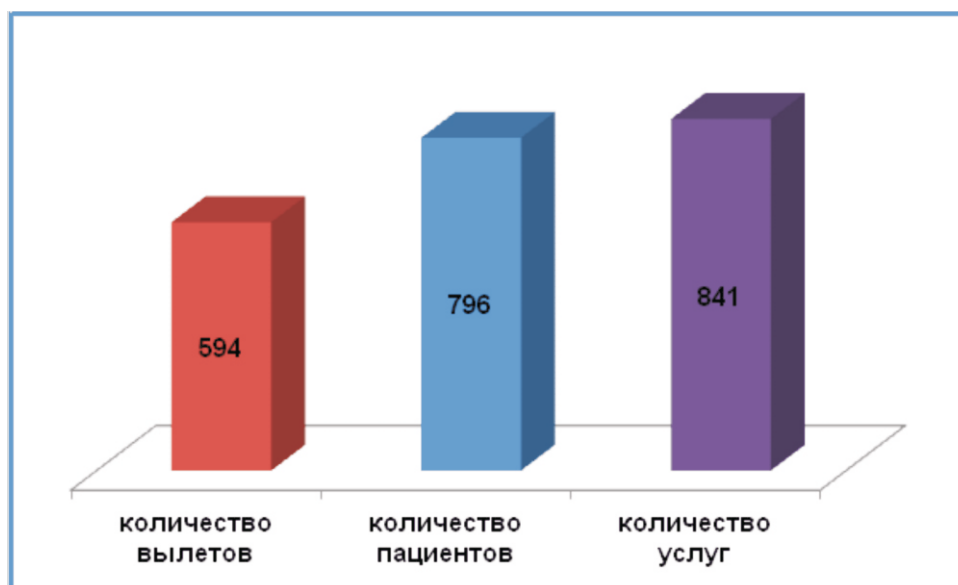


Рисунок № 1

В структуре услуг – на первом месте неотложные состояния в акушерской практике, они составили 20,3 % (162); затем – патология новорожденных 139 (17,4 %), болезни системы кровообращения 128 (16 %), неотложные состояния в педиатрической практике – 122 (15,3 %), травмы, в том числе дорожно-транспортные происшествия, отравления и ранения – 116 (14,5 %), ожоги – 27 (3,4 %) и другое (болезни центральной нервной системы, органов дыхания, заболевания крови, онкология и т.д.) – 102 случая (12,8 %) (рисунок № 2).

Структура услуг санитарной авиации

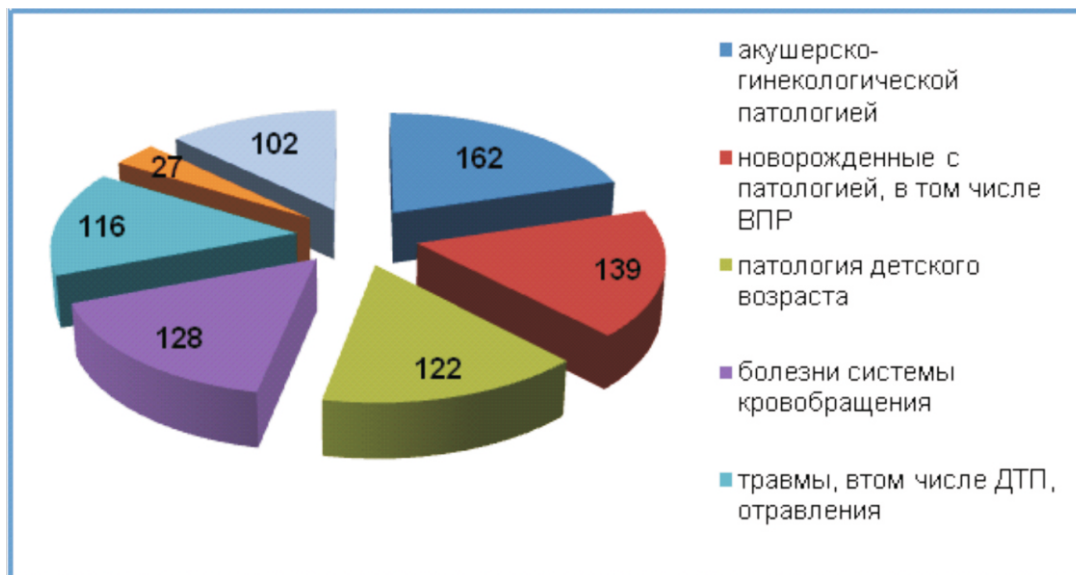


Рисунок № 2

По видам услуг транспортировка пациентов составляет 61 % или 506 случаев от общего количества услуг (841), медицинская помощь на месте – 39 % или 335 случаев, в том числе 271 (32 %) консультация и 64 (8 %) операции (рисунок № 3).

Виды медицинских услуг санитарной авиации

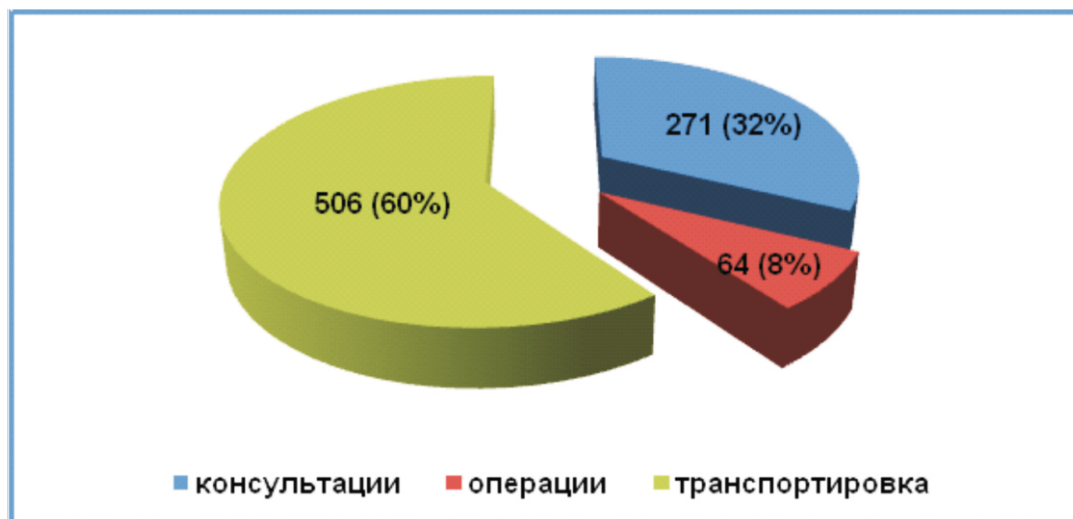


Рисунок № 3

Из 506 транспортированных пациентов 215 (45 %) – доставлены в Республиканские медицинские организации, из них 179 (83 %) – в г. Астану и 36 (17 %) – в г. Алматы.

В первом полугодии 2013 года задействовано 215 специалистов Республиканских медицинских организаций и 183 специалиста из регионов.

В последние годы основным приоритетом в системе оказания медицинской помощи являются беременные женщины, роженицы и новорожденные высокого риска.

Из обслуженных 162 беременных и рожениц с акушерско-гинекологической патологией в медицинские организации республиканского уровня транспортированы 113 (70 %) пациенток и 65 (30 %) – в организации областного уровня.

Также за данный период обслужено 139 новорожденных с различной патологией, в медицинские организации республиканского и областного уровня доставлено 73 (53 %) пациента и 54 (27 %) соответственно.

Проведены консультации 44 (27 %) женщин 26 специалистами из г. Астаны и 18 специалистами области и 60 (43 %) новорожденных 8 специалистами из г. Астаны и 52 специалистами регионов.

Проведены оперативные вмешательства 16 (10 %) женщинам и 5 (4 %) детям (рисунок № 4).

Объемы оказанной медицинской помощи

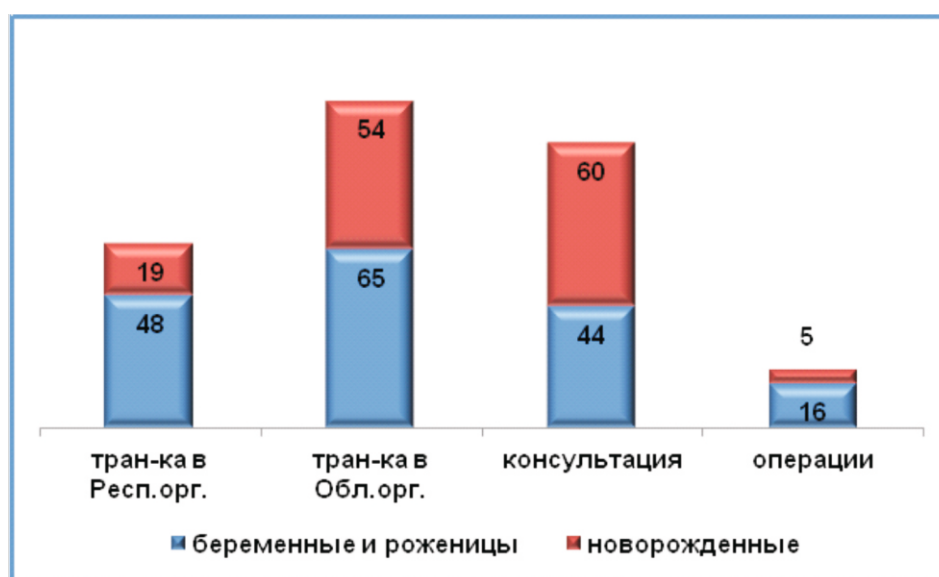


Рисунок №4

Таким образом, РЦСА вносит существенный вклад в снижение материнской и младенческой смертности, которые являются одним из основных демографических показателей, характеризующих развитие государства и эффективность социальных мероприятий.

С целью повышения качества и доступности оказываемых медицинских услуг в 2013 году запланировано обучение более 20 специалистов РЦСА на отечественных и зарубежных образовательных базах по стандартам оказания неотложной помощи и международным программам.

Также для дальнейшего развития службы санитарной авиации, в июне 2013 года был подписан меморандум о сотрудничестве между РЦСА и компанией Nemogens pharma health care. Данная компания имеет большой опыт работы оказания скорой медицинской помощи и помощи в форме санитарной авиации в Республике Турция (более 5 лет). Определены основные направления сотрудничества между РЦСА и компанией Nemogens pharma health care: организация и проведение программ по обучению медицинского и управленческого персонала службы скорой медицинской помощи и санитарной авиации; организация и проведение научных семинаров, конференций и других мероприятий по скорой медицинской помощи и санитарной авиации.

Таким образом, наш опыт оказания медицинской помощи в форме санитарной авиации показывает еще одно из направлений повседневной деятельности транспортной медицины, направленных на сохранение и спасение жизни пациентов, как одной из составляющих системы народосбережения страны.

Резюме

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СЛУЖБЫ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Сергазин Б.Ш., Бюрабекова Л.В., Ахильбеков Н.С.

**РГП на ПХВ «Республиканский центр санитарной авиации»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Астана**

В статье изложены итоги деятельности Республиканского центра санитарной авиации. Приведены результаты работы по развитию службы санитарной авиации в Республике Казахстан.

Түйіндеме

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА САНИТАРЛЫҚ АВИАЦИЯ ҚЫЗМЕТІН ЕНГІЗУ ТӘЖІРИБЕСІ

Сергазин Б.Ш., Бұйрабекова Л.В., Ақылбеков Н.С.

**Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің
«Республикалық санитарлық авиация орталығы»
Шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық
мемлекетті кәсіпорны, Астана қ-сы**

Мақалада Республикалық санитарлық авиация орталығы жұмысының негізгі көрсеткіштері берілген. Қазақстан Республикасының санитарлық авиация қызметінің дамуы жөніндегі жұмыс нәтижелері көрсетілген.

Summary

IMPLEMENTATION EXPERIENCE OF SANITARY AVIATION SERVICE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Sergazin B., Byurabekova L., Ahilbekov N.

**Republican Public Enterprise with Economic Jurisdiction
«Republican Centre of Air Medical Service»
Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Astana c.**

The article states operational results of the Republican Centre of Air Medical Service. The results of work on air medical services development in the Republic of Kazakhstan are given in the article.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «МЕЙІРІМ»

Таубасова Л.К., Сагындыкова П.С.

Областной реабилитационный центр «Мейірім», ЮКО, г. Шымкент

Детские церебральные параличи (ДЦП) – собирательный термин, объединяющий синдромы, возникшие в результате повреждений головного мозга на ранних этапах онтогенеза и проявляющиеся неспособностью сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения. Несмотря на улучшение качества помощи, снижение заболеваемости ДЦП в нашей стране и в других странах не наблюдается. Учитывая важность проблемы детей инвалидов с двигательными нарушениями, в г. Шымкенте в апреле 2003 года был открыт Областной реабилитационный центр «Мейірім» для детей с поражениями центральной нервной системы. Оказывает специализированную помощь детям от 3 до 14 лет с инвалидизирующей патологией нервной системы.

Выделив группу из 84 пациентов с ДЦП, которые получали курс реабилитации в течение последних 3 лет регулярно; проанализировав истории развития этих детей (акушерский анамнез, частота заболеваний у матерей и особенности течения беременности), выявили, что во время внутриутробного развития на плод действовали многочисленные вредные факторы, способствующие формированию ДЦП.

Поражение ЦНС по тяжести у наблюдаемых больных оказалось следующим: легкая степень – ребенок сам себя обслуживает (25 %);

средняя степень – сам себя не обслуживает, передвигается при поддержке (53 %);

тяжелая степень – сам себя не обслуживает, не передвигается (22 %).

Из таблицы № 1 следует, что высокий удельный вес занимали пациенты с тяжелыми формами паралича.

Таблица № 1. Распределение детей по формам ДЦП

Форма детского церебрального паралича	Абсолютное число детей	%
Спастическая диплегия	49	58,3
Двойная гемиплегия	15	17,8
Гиперкинетическая форма	8	9,5
Гемипаретическая форма	7	8,3
Атонически-астатическая форма	5	5,95

При обследовании детей в 80 % случаев имели место множественные нарушения в различных функциональных областях – двигательной сфере, когнитивном развитии, речи, зрении, слухе, психике. Для оказания комплексной помощи привлекались следующие специалисты: невропатологи, педиатр, инструктора ЛФК, массажисты, логопеды и т.д.

Базой для всех реабилитационных мероприятий являлось создание положительного эмоционального фона, стремление заинтересовать ребенка, стимулировать его к выполнению задания. Основные усилия направлялись на нормализацию мышечного тонуса, нарушения которого всегда присутствуют у детей с ДЦП, на облегчение автоматических реакций (выпрямление, равновесие). Все дети занимались в зале ЛФК на позиционерах. При помощи фиксации головы, плеч, коленных и голеностопных суставов создавалось правильное положение ребенка в пространстве, что позволяло ему сосредоточиться на манипуляционной деятельности. Положительная динамика отмечалась к концу лечения: ребенок приобретал навыки самообслуживания, прямохождения и прямохождения, снижалась спастичность мышц. Упражнения с инструкторами ЛФК по движению на тренажерах приводили к увеличению двигательной активности, разработке суставов. Детям проводились растяжки, в основе которых лежали упражнения на амплитуду движения. Растяжки выполнялись пассивные и активные. Комплексы упражнений подбирались индивидуально. Как один из методов лечения, направленных на стимуляцию развития двигательных функций, применялась иппотерапия – это езда верхом на лошади и выполнение упражнений на растяжку мышц.

В комплексном лечении применялась физиотерапия, где используются исключительно природные факторы, воссоздающиеся с помощью аппаратов. Методики ее воздействия зависели от формы заболевания, общего состояния и возраста ребенка. Применяли традиционный лекарственный электрофорез, импульсные токи, УФО, соллюкс, лампу «Биоптрон», дарсонвализацию, электросон, парафино-озокеритовые аппликации, водолечение. При проведении массажа воздействовали следующими способами: местное, зональное, системное и сегментарное. Проводилась также медикаментозная терапия, педагогическая коррекция (занятия с логопедом и психологом).

Положительная динамика выражалась в улучшении настроения детей; активизации мелкой моторики кистей рук и зрительно-моторной координации; расширении представления о цвете, форме предметов; улучшении слухового внимания. Отмечалась тенденция к нормализации тонуса и произвольных движений артикуляционных мышц, нормализации голосовых реакций. Эффективность лечения максимально проявлялась у детей старшего возраста; улучшение наступало при систематических занятиях.

Таким образом, эффективность реабилитации детей с ДЦП зависит от ее комплексности, систематичности и применении различных методов лечения, осуществляющих оптимальное восстановление двигательных функций организма и социальную адаптацию в обществе.

Список литературы:

1. Бадалян Л.О. Детская неврология. - М., Медицина, 1984.
2. Булекбаева Ш.А. Современные методы в комплексной реабилитации детского церебрального паралича. - Астана, 2008.
3. Семенова К.А. «Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией ДЦП» - Москва, 1999.

Резюме

**КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В
УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «МЕЙІРІМ»**

Таубасова Л.К., Сагындыкова П.С.

Областной реабилитационный центр «Мейірім», ЮКО, г. Шымкент

Эффективность реабилитации детей с ДЦП зависит от ее комплексности, систематичности и применении различных методов лечения, осуществляющих оптимальное восстановление двигательных функций организма и социальную адаптацию в обществе.

Түйіндеме

**ОБЛЫСТЫҚ «МЕЙІРІМ» ОҢАЛТУ
ОРТАЛЫҒЫНДАҒЫ КЕШЕНДІ ОҢАЛТУ**

Таубасова Л.К., Сагындықова П.С.

Облыстық «Мейірім» оңалту орталығы, Оңтүстік обл., Шымкент қ-сы

БЦС науқас балалардың сауығу дәрежесі қолданылған ем түрлерінің кешенділігіне және жүйелілігіне тығыз байланысты. Ұтымды оңалту ағзаның қозғалыс функцияларының толықтай орнына келіп, баланың қоғам үрдесіне сәтті қосылуын қамтамасыз етеді.

Summary

**COMPREHENSIVE REHABILITATION OF CHILDREN IN
THE REHABILITATION CENTER "MEYIRIM"**

Taubasova L.K., Sagyndykova P.S.

Regional Rehabilitation Center "Meyirim", SKO, Shymkent

Thus, the rehabilitation of children depends on the complexity and systematicness of various methods of treatments which could accomplish an optimal rehabilitation to restore motor functions of the b

УДК 615.2.03

ВЛИЯНИЕ ПОЛИТИКИ УПРАВЛЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИКАМЕНТОВ НА ВЫПИСЫВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

*Макалкина Л.Г.^{1,2}, Сейкенова Ж.А.², Тайтубаева Г.К.²,
Садыбаева Г.К.², Мусагалиева К.К.²*

¹АО «Медицинский университет Астана»

²АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Актуальность. Современная фармацевтическая индустрия предлагает врачам и пациентам огромный арсенал лекарственных средств (ЛС), способствующих излечению и улучшению течения различных патологических состояний. Между тем, для достижения целей фармакотерапии важным является не только наличие и доступ к определенному лекарственному средству, а также правильное его использование 1.

Наиболее частыми ошибками при назначении лекарственных средств являются: неправильный выбор лекарства, неправильное дозирование, режим дозирования и путь введения, недостаточный учет физиологического состояния пациента и взаимодействия лекарственных средств, полипрагмазия. Помимо этого, значительный вклад в медикаментозные ошибки вносит неправильное некорректное выписывание лекарственных средств. Это и игнорирование классических правил выписывания рецептов (Re.Da.Signa), и традиционно плохой почерк врачей, и недостаток времени и т.п., а в целом, недооценка риска связанного с ненадлежащим назначением и выписыванием лекарственных средств.

Целью исследования явилась оценка эффективности включения в систему менеджмента качества и безопасности пациентов АО «Республиканский детский реабилитационный центр» рутинного мониторинга листов назначений лекарственных средств.

Задачи исследования:

1. Анализ листов назначений лекарственных средств.
2. Разработка и усовершенствование системы назначения и выписывания лекарственных средств.

Методы исследования:

1. Шкала оценки листов назначений, включающая следующие показатели: нет формы выпуска, неправильная разовая доза, не указана разовая доза, неправильно указана разовая доза, не указан номер реабилитационной карты, не указано получение препарата/отмена ЛС, неправильное назначение ЛС, нет лекарственного анамнеза, прописано неразборчиво/исправления, количество ЛС.

2. Листы назначений лекарственных средств (всего 651).

Результаты и их обсуждение. В АО «Республиканский детский реабилитационный центр» с целью снижения нагрузки на средний медицинский персонал с 2012 года внедрен уникальный для Казахстана «Пилотный проект» раскладки медикаментов фармацевтами аптеки и дальнейшей раздачи пациентам медицинскими сестрами в отделениях. Также была разработана и внедряется

Политика управления и использования лекарственных средств (далее – Политика), отражающая все этапы «движения» лекарственного средства в клинике 2. Политика разработана при поддержке консультантов по продвижению стандартов JCI «VAMED GROUP» 3.

Одним из разделов Политики является адаптированный к международным стандартам JCI лист назначений, включающий:

- полные Ф.И. пациента, вес и дата рождения пациента (число, месяц, год);
- № реабилитационной карты;
- наличие/отсутствие аллергических реакций пациента на ЛС с указанием вида аллергии (при наличии аллергии/индивидуальной непереносимости наклеивается стикер оранжевого цвета на титульный лист реабилитационной карты и в лист назначений);

- лекарственный анамнез за последние 3 месяца (включая БАДы) с обязательным указанием ЛС, принимаемых пациентом на момент поступления в Центр;

- дата начала применения ЛС (начало курса);
- назначение ЛС: название ЛС (МНН или торговое) с указанием лекарственной формы ЛС, формы выпуска;

- разовая терапевтическая доза;
- способ приема или путь введения;
- кратность приема/введения;
- длительность применения ЛС (количество дней);
- если есть, примечания: техника введения, фармацевтическое взаимодействие, взаимодействие с пищей и ЛС - до еды, во время еды, после еды);
- подпись назначающего врача и проверяющего для каждого ЛС;
- подпись медицинской сестры/брата о выполнении назначения с указанием времени выдачи пациентам – в экземпляре отделения;

- временные рамки выдачи ЛС пациентам: понятие «Утро» - время до еды: с 7.00-7.30 и после еды: с 8.30-9.00, «Обед»- время до еды: с 12.00-12.30 и после еды: с 13.30-14.30, «Вечер»- время до еды: с 18.00-18.30 и после еды: с 19.30-20.00, «Ночь» - время с 21.00-21.30

С целью снижения риска неправильного прописывания ЛС и упрощения работы врача пункты: время выдачи, путь введения и связь с пищей прописаны в отдельных столбцах (врач только подчеркивает необходимые указания).

Анализ корректности заполнения листов назначений был проведен в 2 этапа:

1 этап. С целью определения текущей ситуации, тестирования шкалы и выявления системных ошибок был проанализирован 291 лист назначений за 1-й заезд 2013 г. (заезд – 24 суток). В результате анализа было выявлено: не указаны формы выпуска ЛС в 39,86 % листов назначений, не указана разовая доза - 4,12 %, неправильная дозировка - 1,03 %, не указан лекарственный анамнез - 52,23 %, неразборчивый почерк/исправления - 0,02 %, неправильные назначения - 0,02 %. Значительный процент листов назначений, в которых не был указан лекарственный анамнез связан с тем, что это явилось новым требованием, и врачи не видели необходимости заполнения данного раздела.

Между тем, для проведения тройного контроля над назначениями врачей (зав. отделением – фармацевт аптеки – клинический фармаколог) это является

необходимым, т.к. фармацевт аптеки и клинический фармаколог в рутинном режиме раскладки медикаментов не имеет возможности доступа к реабилитационным картам. Ошибки в листах назначений не повлекли вреда пациентам и были определены как «почти ошибки».

С целью повышения качества фармакотерапии и безопасности пациентов была определена стратегия обучения врачей о необходимости следования политике назначения ЛС. Помимо этого, была оптимизирована шкала оценки листов назначений и включены дополнительные индикаторы (неправильно указана разовая доза, не указан № реабилитационной карты, не указано получение препарата/отмена ЛС, количество ЛС).

2 этап. На 2-м этапе были проведены обучающие занятия с врачами клиническим фармакологом и фармацевтами аптеки по разъяснению важности заполнения всех полей листов назначений. Мониторинг листов назначений проводился выборочно, всего было проанализировано 360 листов (10 листов назначений в каждом отделении за последующие 6 заездов). В сравнении с 1-м заездом было выявлено снижение «слабых» показателей - не указаны формы выпуска ЛС (снижение на 37 %), не указан лекарственный анамнез (снижение на 58 %).

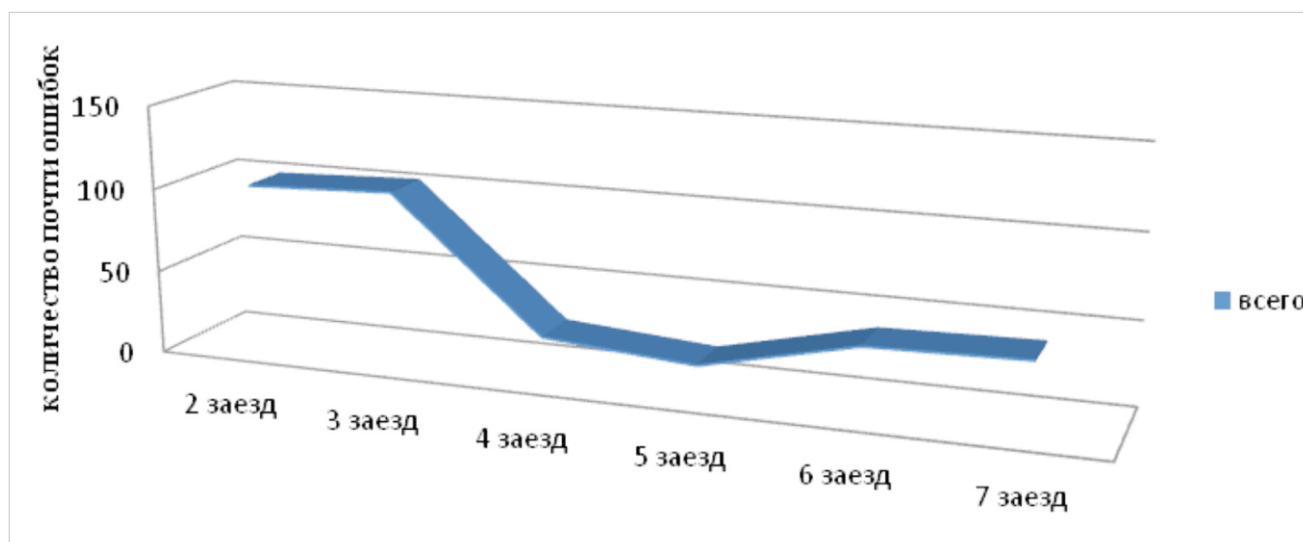


Рис. 1. Динамика ошибок в листах назначений за 1-е полугодие 2013 г.

Наиболее показательной явилась положительная динамика между 2-3 заездом (активные обучающие мероприятия) и 4-7 заездами (рис. 1). В результате было выявлено снижение ошибок в листах назначений в 4 раза (сравнение 2-го и 4-го заездов) и в 5,9 раз (сравнение 2-го и 5-го заездов). В 6-й и 7-й заезд было выявлено некоторое повышение ошибок в листах назначений, что видимо связано с летним периодом и «человеческим фактором».

Также был проведен мониторинг «вклада» различных ошибок в листах назначений. Так, было выявлено, что не указаны формы выпуска ЛС в 16,25 % за 3-7 заезды (43,33 % – 2-3 заезды), не указана разовая доза – 0 % (0,83 % – 2-3 заезды), неправильная дозировка – 2,5 % (8,33 % – 2-3 заезды), неправильно указана разовая доза 5,83 % (20 % – 2-3 заезды), не указан лекарственный анамнез – 2,5 % (60,83 % – 2-3 заезды) (рис.2).

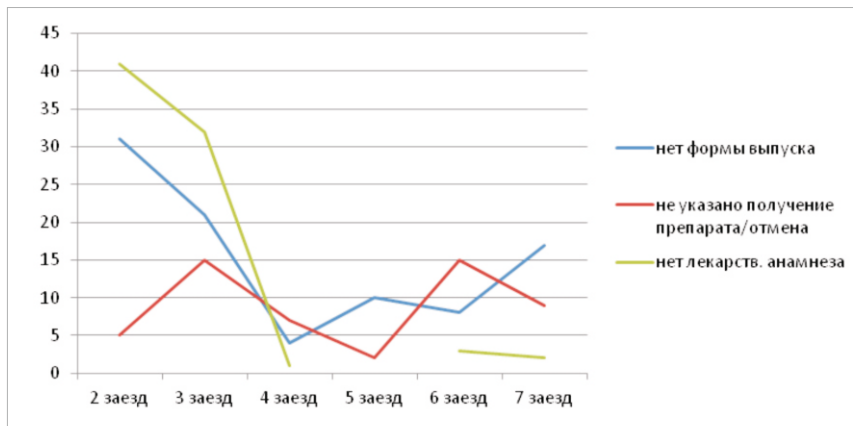


Рис. 2. Динамика типичных ошибок в листах назначений за 1-е полугодие 2013 г.

При анализе количества ЛС на одного пациента было выявлено, что в среднем за 1-е полугодие 2013 г. составило в среднем 5,5 ЛС (с пиком повышения в марте). При качественном анализе было выявлено, что количество лекарственных средств на 1-го пациента в лечении основного заболевания составило 2,3. Наибольшее количество ЛС было назначено пациентам с сопутствующими инфекциями дыхательных путей, т.к. в листе назначений отражалось даже однократное (ситуационное) применение симптоматических ЛС.

Таким образом, внедрение Политики управления и использования лекарственных средств является действенным механизмом, повышающим эффективность фармакотерапии и безопасность пациентов. Использование оптимизированного листа назначений лекарственных средств и рутинный мониторинг корректности его заполнения, наряду с другими мероприятиями позволяет создать условия для рационального использования лекарственных средств в медицинской организации.

Выводы:

1. Применение оптимизированного листа назначений лекарственных средств позволяет улучшить процесс выписывания назначений и проводить качественный контроль и мониторинг медикаментозных назначений.

2. Внедрение в систему менеджмента качества и безопасности пациентов рутинного мониторинга листов назначений лекарственных средств с использованием четко определенных индикаторов является важным фактором предотвращения медикаментозных ошибок.

3. Проведение постоянных обучающих мероприятий для врачей является необходимым мероприятием, повышающим эффективность фармакотерапии и развитие культуры использования лекарственных средств.

Литература:

1. Managing Drug Supply. The United States of America by Kumarian Press, Inc; 1997; 318 P.

2. РМП-01 Политика управления и использования лекарственных средств в АО «Республиканский детский реабилитационный центр»; 35 стр.

3. <http://www.jointcomissioninternational.org>

Резюме

ВЛИЯНИЕ ПОЛИТИКИ УПРАВЛЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИКАМЕНТОВ НА ВЫПИСЫВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

*Макалкина Л.Г.^{1,2}, Сейкенова Ж.А.²,
Тайтубаева Г.К.², Садыбаева Г.К.², Мусагалиева К.К.²*

¹АО «Медицинский университет Астана»

²АО «Республиканский детский реабилитационный центр»

Внедрение Политики управления и использования лекарственных средств является действенным механизмом, повышающим эффективность фармакотерапии и безопасность пациентов. Использование оптимизированного листа назначений лекарственных средств и рутинный мониторинг корректности его заполнения, наряду с другими мероприятиями позволяет создать условия для рационального использования лекарственных средств в медицинской организации.

Тұжырым

ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕРДІ БАСҚАРУ ЖӘНЕ ПАЙДАЛАНУ САЯСАТЫНЫҢ ДӘРІЛІК ЗАТТАРДЫ ТАҒАЙЫНДАУҒА БЫҚПАЛ ЕТУІ

*Макалкина Л.Г.^{1,2}, Сейкенова Ж.А.²,
Тайтубаева Г.К.², Садыбаева Г.К.², Мұсагалиева К.К.²*

¹ «Астана медициналық университеті» АҚ

² «Республикалық балалар оңалту орталығы» АҚ

Дәрі-дәрмектерді басқару және пайдалану саясатын енгізу фармакотерапияның және пациенттер қауіпсіздігінің тиімділігін арттырудың ұтымды механизмі болып табылады. Ықшамдалған дәрі-дәрмектерді тағайындау парағын және оны толтыру әдептілігінің ескі мониторингін пайдалану, медициналық ұйымдарда басқа да тең шаралармен дәрілік заттарды ұтымды пайдалану үшін жағдай туғызуға мүмкіндік береді.

Summary

THE INFLUENCE OF MANAGEMENT POLICIES AND THE USE OF MEDICATION IN THE PRESCRIPTION OF MEDICINES

*Makalkina L.^{1,2}, Seikenova Zh.²,
Taitubayeva G.², Sadybaeva G.², Musagalieva K.²*

¹JSC «ASTANA MEDICAL UNIVERSITY»

²JSC "National Children's Rehabilitation Center"

Implementation of management policies and the use of drugs is an effective mechanism for boosting the effectiveness of drug therapy and patient safety. By using an optimized sheet appointments drugs and routine monitoring of the correctness of its filling, along with other activities can create the conditions for the rational use of medicines in the health of the organization.

ОЦЕНКА ЭЭГ-МОНИТОРИНГА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ

*Кенжегулова Р.Б., Джаксыбаева А.Х., Иманалиева Г.А.,
Сагандыкова Е.С., Тортаева Г.С., Афанасьева М.С.*

АО «Национальный научный центр материнства и детства», г. Астана

Известно, что при детском церебральном параличе (ДЦП) имеются структурные изменения головного мозга. Недоношенные дети имеют больший риск поражения головного мозга, по сравнению с доношенными детьми. При различных формах ДЦП структурные изменения отличаются локализацией, степенью структурного дефицита, характером поражения мозга. Главным образом, при ДЦП отмечаются подкорковые поражения и патология лимбической и экстрапирамидной систем на фоне хронической гипоксии в период эмбриогенеза. При проведении видеоэлектроэнцефалографического мониторинга (ВЭМ) у детей со структурными нарушениями мозга выявляются изменения разной степени выраженности, от легкой задержки созревания биоэлектрической активности (БЭА) до полной депрессии БЭА в обоих полушариях (Зенков Л.Р., 2004).

Целью исследования стало изучение с помощью структурного анализа ЭЭГ особенностей волновой активности головного мозга у недоношенных детей, у которых в дальнейшем был выставлен диагноз ДЦП.

Материалы и методика исследования. В рамках научного проекта «Нейрональная пластичность головного мозга недоношенных детей» нами были проанализированы электроэнцефалограммы (ЭЭГ) 86 детей, родившихся в ННЦМД недоношенными в сроке гестации от 27 до 34 недель. ВЭМ проводился с 20-дневного возраста до 2-х лет на аппарате «Нейрон Спектр-5» (Россия, г. Иваново). Лаборатория ВЭМ находится в отделении неврологии раннего возраста ННЦМД. Electroды накладывались по стандартной методике Джаспер 10-20, запись проводилась по 16 каналам у детей до 2 месяцев, по 19 каналам – у детей старше 2 мес. Обследование проводилось в течение 1,5-2 часов, во время бодрствования и во время дневного сна.

Исследование данных ЭЭГ проводилось в отделении неонатологии. В динамике дети приглашались амбулаторно и стационарно (20 % детей с различными неврологическими симптомами были госпитализированы в отделение неврологии раннего возраста АО «ННЦМД»).

Перед проведением ВЭМ проводился тщательный неврологический осмотр с выявлением неврологического дефицита.

В динамике дети осматривались неврологом каждые 3 месяца в течение года. ВЭМ проводился в динамике в 78 % случаев (не все родители соглашались на повторное проведение исследования ВЭМ), в среднем – через 2-3 месяца.

При оценке функциональной активности головного мозга предприняты методы анализа нормальных показателей ЭЭГ, а именно, наличие и характер основных паттернов сна и бодрствования, наличие патологических видов активности, наличие асимметрии.

Результаты исследования и обсуждение.

При анализе ВЭМ детей, родившихся недоношенными, применялась визуальная методика Дегтяревой М.Г (2005), Понятишина А.Е., А.Б. Пальчика (2010):

1) Нормальная ЭЭГ – цикл сон-бодрствование сохранялся, на ЭЭГ выделялись основные паттерны, соответствующие данному возрасту.

2) Задержка формирования БЭА легкой и средней степени выраженности – отсутствие или дезорганизация одного-двух паттернов и характеристик сна и бодрствования, смещение фокуса, амплитуды и длительности веретен сна.

3) Задержка формирования БЭА тяжелой степени выраженности – отсутствие всех паттернов сна и бодрствования, но цикличность сон-бодрствование сохраняются.

4) Выраженная межполушарная асимметрия.

5) Локальная патологическая активность.

6) Замедление фоновой БЭА с регистрацией основных паттернов сна и бодрствования.

7) Локальная и генерализованная эпилептиформная активность.

8) Изоэлектрическая кривая – крайне низкоамплитудная кривая, отсутствие всех паттернов сна и бодрствования, отсутствие цикличности сон-бодрствование.

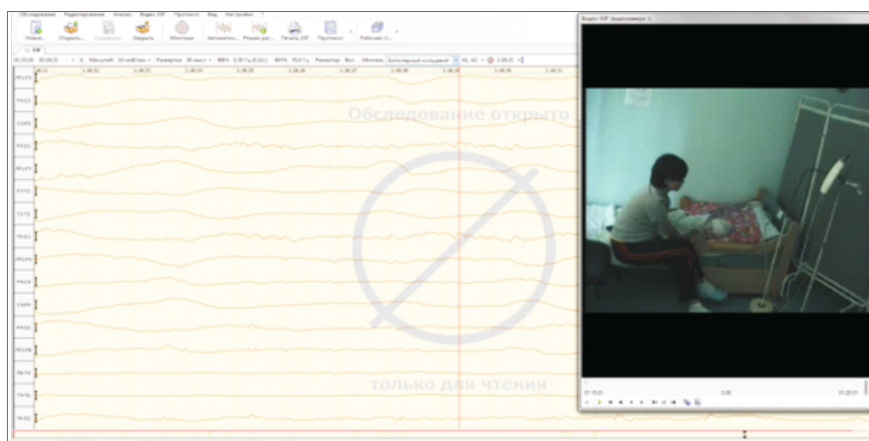
Данные клинического осмотра показали, что в неврологическом статусе у 36 (41,8 %) детей обследуемой группы преобладала задержка моторного развития. Из них у 47 % (n=17) мышечный тонус был снижен, у 25 % (n=9) отмечалось повышение мышечного тонуса и у 28 % (n=10) мышечный тонус был дистоничный. Изменения со стороны черепно-мозговых нервов (ЧМН) было отмечено у 20 детей (23 %). У 14 (16,3 %) детей в неврологическом статусе была задержка эмоционально-психоречевого развития, у 15 (18 %) детей на фоне неврологической очаговой симптоматики регистрировались эпилептические приступы. У 22 (25,6 %) детей ЗМР и ЗПРР отмечались в одинаковой степени. У 10 детей (11,6 %) в неврологическом статусе не было выявлено никаких изменений. У 4 (4,6 %) детей отмечались двигательные нарушения по типу гемипареза. Результаты визуальной оценки ЭЭГ у обследуемых пациентов представлены в табл. 1.

Таблица 1. Показатели визуальной оценки ЭЭГ у обследуемого контингента детей

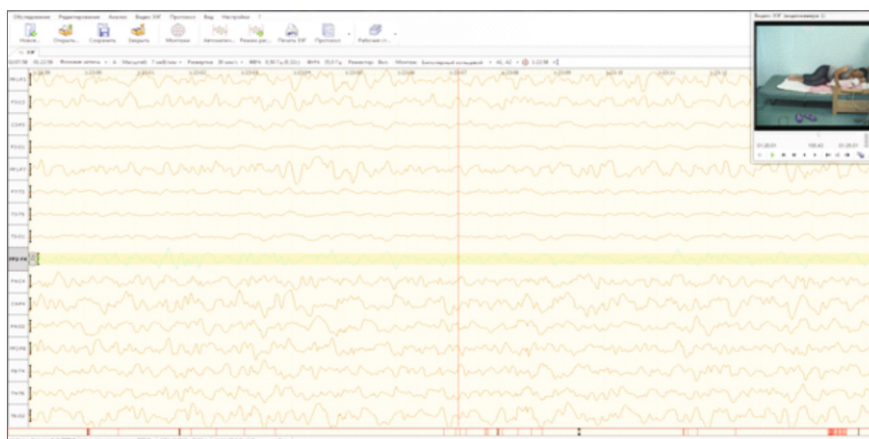
Изменения в неврологическом статусе	Изменен неврол ко:		Сочетаи ЗМР n = 2		Гемипарез n = 4		Задержк а психо- речевого развития n = 14		Мышечный тонус					
									снижен n = 17		повышен n = 9		дистони чный n = 10	
Варианты изменений ЭЭГ	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Количество наблюдений и %														
Вариант нормы ЭЭГ	7	70,0							7	41,2			4	40,0
Задержка формирования БЭА легкой и средней степени выраженности	3	30,0					5	35,7	5	29,4			4	40,0

Задержка формирования БЭА тяжелой степени выраженности			12	54,5			2	14,3	2	11,8	5	55,6	1	10,0
Выраженная межполушарная асимметрия					4	100,0								
Локальная патологическая активность.			5	22,7					2	11,8	4	44,4	1	10,0
Замедление фоновой БЭА			5	22,7			3	21,4	3	17,6	3	33,3		
Эпилептиформная активность - локальная и генерализованная			8	36,4	1	25,0	8	57,1	1	5,9	5	55,6		
Изоэлектрическая кривая			3	13,6										

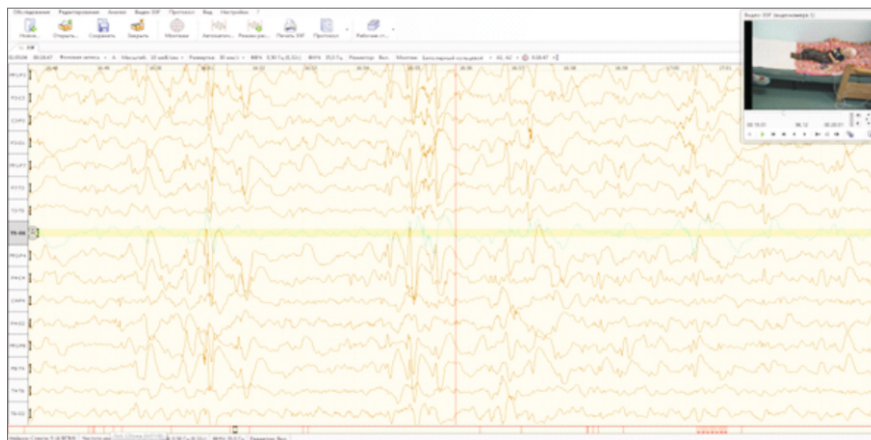
Как видно из таблицы 1, даже при отсутствии неврологической симптоматики на ЭЭГ имеют место варианты задержки БЭА. Наиболее тяжелые изменения на ЭЭГ выявляются при сочетании двигательных нарушений с ЗППР (54,5 %).



Эпилептиформная активность регистрировалась на фоне тяжелой задержки формирования БЭА, локальных и общих изменений на ЭЭГ.



При выявлении на ЭЭГ выраженной межполушарной асимметрии в виде односторонней депрессии БЭА, отсутствии паттернов сна и бодрствования, в клинике (100 %) отмечались односторонние двигательные нарушения, как правило, спастического характера.



При изолированной ЗПРР изменения на ЭЭГ носили менее тяжелый характер, но чаще регистрировалась эпилептиформная активность (57,1 %) в виде генерализованных вспышек комплексов острая-медленная волна, пикволновой активности, которая в 4 случаях носила супрессивно-взрывной характер.

У детей со сниженным мышечным тонусом чаще всего изменений на ЭЭГ не регистрировалось (41,2 %) или отмечались легкие и средней степени выраженности изменения формирования БЭА (29,4 %). При ЗМР более тяжелые изменения выявлялись при спастических нарушениях, как общего характера (55,6 % и 33,3 %), так и локального (44,4 %). Часто повышение мышечного тонуса сопровождалось эпилептическими изменениями на ЭЭГ (55,6 %). Изменения на ЭЭГ при мышечной дистонии, также как и на ЭЭГ при снижении мышечного тонуса, не были грубо нарушены, лишь у одного ребенка отмечалась грубая задержка формирования БЭА.

При повторном исследовании детей было выявлено, что из 22 (25,6 %) детей с грубой задержкой формирования БЭА у 7 (41,2 %) в дальнейшем развился ДЦП, спастическая параплегия. У всех 4 детей с межполушарной асимметрией (4,6 %) развился ДЦП, гемипаретическая форма. У 3 (13,6 %) пациентов с изоэлектрической кривой развилась самая тяжелая форма ДЦП – двойная гемиплегия.

Таким образом, у детей с грубой задержкой формирования БЭА наиболее часто формируется диагноз ДЦП, спастическая диплегия. У всех детей с межполушарной асимметрией развился ДЦП, гемипаретическая форма. При выявлении на ЭЭГ изоэлектрической кривой развился ДЦП, двойная гемиплегия. Данные обследования показали, что ВЭМ позволяет прогнозировать развитие ДЦП еще в младенческом периоде. Раннее выявление электроэнцефалографических признаков риска развития ДЦП обязывает принимать меры для ранней реабилитации больных детей.

Список литературы:

1. Понятишин А.Е., Пальчик А.Б. // Электроэнцефалография в неонатальной неврологии. - Санкт-Петербург, 2010. - 172 с.
2. Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Понятишин А.Е. // Неврология недоношенных детей. - Москва, 2012. - 352 с.

3. Строганова Т.А., Володин Н.Н., Дегтярева М.Г. // Электроэнцефалография в неонатологии. - Руководство для врачей, 2005. - 280 с.

4. Дегтярева М.Г., Рогаткин С.О., Ворон О.А., Володин Н.Н. «Экспертная оценка ЭЭГ физиологического сна у недоношенных детей различного гестационного возраста с перинатальными поражениями ЦНС». // Вопросы практической педиатрии. - 2006. - т. 1. - № 5 - с. 5-14.

5. Н.Н. Володин, М.И. Медведев, А.В. Горбунов, С.О. Рогаткин с соавт. Ранняя диагностика неблагоприятных последствий перинатальных гипоксически-ишемических поражений головного мозга у недоношенных детей и оптимизация их лечения // Педиатрия. Журн. им. Г.Н. Сперанского. - 2010. - Том 89. - № 2. - С. 101-106.

6. Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Глухова Л.Ю. // Эпилепсия. Атлас электроклинической диагностики. - Москва, 2004. - 440 с.

7. Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Холин А.А. // Эпилептические энцефалопатии и схожие синдромы у детей. - Москва, 2011. - 680 с.

Түйіндеме

Ғылыми жобаның шегінде 27-34 апта аралығында шала туылған 86 балалардың электроэнцефалограммалары талданды. Клиникалық зерттеу бойынша 41,8 % моторлы дамудың тежелуін көрсетті, 18 % балада эпилептикалық ұстаулар тіркелді. 25,6 % балада моторлы дамуының тежелуі және психикалық-сойлеу дамуының тежелуі бірдей дәрежеде белгіленді. 11,6 % балада ешқандай неврологиялық өзгерістер болмады. 4,6 % балада – қимыл-қозғалыс бұзушылығы бойынша гемипарез үлгісі белгіленді. Зерттеу нәтижелерінің қорытындысы бойынша электрофизиологиялық құралымының дәрекі өзгерістермен болған балаларда БЦС, спастикалық гемипарез пайда болды. Мидың жартышарының электрофизиологиялық өзгерістермен бірге 4 баланың барлығында БЦС, гемипаретикалық пішіні пайда болды. Изоэлектриялық қисық болған 3 балада ең ауыр пішіні БЦС – қос гемиплегия пайда болды.

Summary

In the framework of a research project analyzed the electroencephalogram (EEG) of 86 children born prematurely in gestation from 27 to 34 weeks. Data of clinical examination showed motor developmental delays in 41,8 % of the children. 16,3 % had a delay of emotionally-psycho-speech development, 18 % of children were registered epileptic seizures. Among the 25,6 % of children recorded motor developmental delays and delay of emotionally-psycho-speech development at the same level. In 11,6 % of children has not revealed any changes. The 4,6 % of children has shown motor disorders by type hemiparesis. The results showed that children with severe arrested formation of brain activity further developed cerebral palsy-spastic paraplegia, all 4 children with interhemispheric asymmetry developed cerebral palsy-hemiparesis form, in children with isoelectric curve 3 child has developed the most severe form of cerebral palsy-double hemiplegia.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ГЛОТАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Байдарбекова А.К., Хамадиева А.Ф., Турысбекова С.К., Танирбергеннова К.Н.

Психоневрологическое отделение «Кадам»

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Термин детский церебральный паралич (ДЦП) обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны нервной системы за функциями мышц [1].

Особенностью ДЦП является нарушение моторного развития ребенка, а также комплекс других сопутствующих нарушений, среди которых значимое место отводится нарушению речи и акта глотания. Все это обусловлено, прежде всего, неврологической симптоматикой – аномальным распределением мышечного тонуса, нарушением координации движений, снижением высших психических функций, являющихся следствием диффузного поражения ЦНС [2].

Роль глотания и питания детей с ДЦП огромна, что доказывают клинические исследования в развитых странах. По данным Soylu O.B., Unalp, Uran N., Dizdarer G., Ozgonul F.O., Conku, Ozturk A.A., результаты клинического исследования детей с ДЦП на кафедре НИИ педиатрии и детской хирургии «Alsancak» (Измир) свидетельствуют о том, что адекватное питание и питательная нагрузка существенно улучшают показатели здоровья этих детей; прежде всего, улучшается работа желудочно-кишечного тракта, значительно уменьшается число инфекций) [3].

Оказание и проведение реабилитационных мероприятий ребенку с детским церебральным параличом – это сложный и трудоемкий процесс, так как развитие психических функций, познавательных и двигательных возможностей находятся в непрерывном развитии [4].

Несмотря на разнообразие применяемых в республиканском детском реабилитационном центре (РДРЦ) коррекционных методик и методов по социально-бытовой адаптации детей с диагнозом ДЦП, необходимо признать, что эффективность реабилитации недостаточна, что обусловлено тяжестью неврологической патологии [5].

В связи с имеющимися нарушениями в двигательной сфере дети с ДЦП также имеют и ограниченную предметно-практическую деятельность; затрудненное развитие самостоятельного передвижения; сложность в овладении навыков самообслуживания, что влечет за собой полную зависимость от взрослого окружения ребенка.

Дети с ограниченными возможностями не могут вести полноценный образ жизни, что в свою очередь может привести к социальной дезадаптации.

Поэтому нельзя опровергнуть очевидность дифференциального подхода к применению средств восстановительного лечения детей с нарушением акта глотания, а именно – формирования новых возможностей для улучшения способности глотательных навыков, так как функциональные возможности головного мозга, а именно его связи обладают большими резервами.

Согласно имеющейся статистике мы сделали вывод, что проблема глотания является актуальной. В результате проведенного исследования среди детей с

диагнозом ДЦП – 36 % пациентов имеют нарушения, связанные с актом жевания и глотания.

Физиология акта глотания.

«Нормальное» правильное жевание и глотание состоит из 5 фаз глотания:

1. Ротовая подготовительная фаза – фаза формирования пищевого комка (продолжительность варьирует). Фаза подготовки пищи во рту включает жевание и другие манипуляции в полости рта, которые преобразовывают пищу до консистенции, пригодной для проглатывания, а также обеспечивают вкусовые ощущения и удовольствие от еды. Это не зависит от характера прикуса. Эта фаза глотания включает смыкание губ, круговые и вращательные движения языка, нормальное напряжение мимических мышц и вращательные движения нижней челюсти. Наиболее важными являются круговые движения языка и точное управление его моторикой, так как движения языка контролируют перемещение пищи во рту.

2. Ротовая фаза (продолжительностью приблизительно 1 сек) – язык отвечает за продвижение пищи через полость рта и обеспечивает поступление ощущений, способствующих активизации глоточной фазы глотания.

3. Активизация глоточной фазы (продолжительностью 0,5 сек или меньше). Активизация глоточной фазы обеспечивается поступлением из полости рта в кору и ствол головного мозга сенсорной афферентации, которая распознается как импульсы глотания в nucleus tractus solitarius n. glosso-pharyngeus в стволе головного мозга. Затем эти импульсы передаются в nucleus ambiguus (общее ядро IX и X черепных нервов), которое запускает двигательную реакцию со стороны мышц глотки.

4. Глоточная фаза (продолжительностью менее 1 сек). Глоточная фаза включает закрытие дыхательных путей для предотвращения попадания в них пищи (аспирации), открытие верхнего сфинктера пищевода, что позволяет пище проникнуть в пищевод, а также давление языка и стенок глотки на пищевой ком для полного и эффективного продвижения его в пищевод.

5. Пищеводная фаза (от 8 до 20 сек). Пищеводная фаза включает последовательное сокращение мышечных волокон пищевода сверху вниз. Сокращающиеся мышцы продвигают пищевой ком впереди кольца сокращения в желудок. Эта фаза включает также расслабление нижнего пищеводного сфинктера для облегчения прохождения пищи.

Причины дисфагий можно объединить в следующие группы:

- 1) заболевания глотки (травматические, воспалительные и др.);
- 2) поражения нервной системы и мышц, участвующих в акте глотания (бульбарные параличи, ботулизм, тетания и др.);
- 3) сдавление пищевода близлежащими с ним аномальными или патологически измененными органами (аномалия аорты, других сосудов, рубцовая ткань и др.) и опухолями или лимфатическими узлами (лимфогранулематоз, лимфосаркома и др.);
- 4) различные заболевания и поражения пищевода (травмы, ожоги, опухолевые, воспалительные и дистрофические процессы) [5].

Разработанная методика лечебной физкультуры, направленная на коррекцию нарушений функции артикуляционного аппарата состоит из 3-х этапов: 1) подготовительный – массаж области лица и головы; 2) лечебная гимнастика; 3)

точечный массаж.

Основной зоной применения пассивных и активных приемов лечебной физкультуры в нашем случае является область лица («рото-лицевой комплекс») и шеи («комплекс глотания»). Методика основана на анатомии мышц и физиологии движений функции глотания и речи. С этой точки зрения, прежде всего, учитывались анатомия и биомеханика сустава нижней челюсти, анатомия заинтересованных мышц: точки прикрепления и пространственное расположение волокон, физиология этих мышц в плане направления и силы сокращения, регуляция актов глотания и речи со стороны ЦНС.

В качестве базового метода лечения детей с нарушением акта глотания и речи в основной группе была использована разработанная нами методика лечебной физкультуры, направленная на артикуляционную мускулатуру речевого аппарата и воздействие на рефлекторные зоны лица.

Занятия с логопедом дают, безусловно, определенный положительный результат, но в логопедии не принято работать с мышцами шеи, а именно они являются анатомо-физиологической основой для развития функции речи и акта глотания. Логопедические методики направлены на работу с кончиком и спинкой языка, но никогда не захватывается корень языка. А именно нарушение мышечного тонуса в корне языка приводит к нарушению акта глотания, резко ограничивает объем движений языка и, как следствие, снижает четкость речи, нарушается звукопроизношение, страдает мелодика речи. Голос, мало модулированный по высоте и силе, имеет назализированный характер.

У детей с ДЦП разработана комплексная методика лечебной физкультуры, направленная на коррекцию нарушений артикуляционного аппарата, включающая 3 этапа воздействия: подготовительный этап (массаж лица, головы и шеи), разработанный комплекс физических упражнений и точечный массаж.

На базе АО «РДРЦ», психо-неврологического отделения «Кадам» за период с января 2012 по июнь 2013 года разработанная методика выборочно была применена в реабилитационном лечении детей в возрасте от 3 до 5 лет. Общее количество детей, осмотренных за данный период – 253. У 70 (28 %) из них были диагностированы нарушения глотания. Выборочно занятия по разработанной методике проведены с 24 детьми (34 % из всех пациентов с патологиями глотания). Данным пациентам была применена вышеописанная методика. Положительные результаты отмечались у всех (100 %) детей и проявлялись в улучшении жевания, глотания и улучшении качества жизни данных детей: возможности принимать более густую консистенцию пищи, расширение диетического стола. Таким образом, использование методики привело к повышению уровня здоровья данных пациентов. Кроме того, мамы всех вовлеченных в апробацию методики детей были обучены основам примененной методики.

Вывод: данное предварительное внедрение разработанной методики доказало актуальность проблемы патологий глотания у детей с ДЦП и высокую эффективность вышеописанной методики.

Библиография:

1. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. – 2008.

2. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: «Комплексная методика реабилитации детей с нарушениями акта глотания и речи при детском церебральном параличе», Тохтиева Н.В. - Москва, 2009.

3. Soylu O.B. и соавт. Влияние питательной поддержки у детей со спастической квадриплегией // *Pediatr Neurol.* - 2008 Ноя. - 39 (5). – Стр. 330-334.

4. Benfer K.A. и соавт. Орофарингеальная дисфагия и навыки крупной моторики у детей с церебральным параличом // *Педиатрия.* – май, 2013. - № 131 (5): e1553-62. DOI: 10.1542/peds.2012-3093. Epub 2013, 15 апреля.

5. Conklin J.L., Christensen J. Neuromuscular control of the oropharynx and esophagus in health and disease // *Ann. Rev. Med.* - 1994. - Vol. 45. - P. 13-22.]

Резюме

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ГЛОТАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Байдарбекова А.К., Хамадиева А.Ф., Турысбекова С.К., Танирбергеннова К.Н.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Проблема глотания среди детей с детским церебральным параличом крайне актуальна. Это обусловлено, прежде всего, неврологической симптоматикой – аномальным распределением мышечного тонуса, нарушением координации движений, снижением высших психических функций, являющихся следствием диффузного поражения ЦНС. По результатам исследования, проведенного за первое полугодие 2013 года – у 28 % осмотренных детей с ДЦП были диагностированы нарушения глотания. 34 % из этих детей была применена разработанная нами методика реабилитационного лечения патологии глотания, описанная в статье, которая оказалась очень эффективной.

Түйіндеме

ЦЕРЕБРАЛДЫ САЛ БАЛАЛАРДЫҢ ЖҰТЫНУ МӘСЕЛЕСІНІҢ КӨКЕЙКЕСТІЛІГІ

Байдарбекова А.К., Хамадиева А.Ф., Турысбекова С.К., Тәңірбергеннова К.Н.

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ, Астана қ-сы

Церебралды сал балалардың ішіндегі көкейкестісі- олардың жұтынуы. Жұтынуы – ОЖЖ-ның диффузды бұзылуының салдарынан болған неврологиялық симптомдарымен яғни бұлшықеттер тонусының, қимыл-қозғалыстың координациясының бұзылуымен, жоғарғы психикалық функцияларының төмендеумен негізделген. 2013 жылдың бірінші жарты жылында жүргізілген зерттеу нәтижесі бойынша БЦС балалардың 28 %-да жұтынуы бұзылған. Осы балалардың 34 % жұтынуы патологиясының оңалту арқылы емдеуде бізбен ойластырған әдістеме нәтижелі болды.

Summary

THE RELEVANCE OF SWALLOWING IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Baidarbekova A., Khamadiyeva A., Turysbekova S., Tanirbergenova K.

JSC «Republican children's rehabilitation center», Astana

The problem of swallowing in children with cerebral palsy is extremely relevant. This is due primarily neurological symptoms - abnormal distribution of muscle tone, poor coordination, reduced the higher mental functions, resulting from diffuse CNS. According to a survey conducted in the first half of 2013 – 28 % of the examined children with cerebral palsy were diagnosed swallowing disturbances. 34 % of these children have been applied we have developed a technique of Pathology swallowing rehabilitation treatment as described in the article, which proved very effective.

ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ЛИДЕРСКИХ КАЧЕСТВ РУКОВОДСТВА КОМПАНИИ

Балабекова Д.М., Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Задача статьи - формулирование основных подходов к комплексной оценке лидерских качеств руководства, которая будет ориентирована на достижение следующих целей:

- сбор информации о потенциальных возможностях и темпах профессионального роста для планирования карьеры;
- использование оценки в качестве средства повышения уровня лидерского потенциала руководства;
- индивидуальная диагностика с целью профориентации.

Несмотря на то, что существует большое количество разных подходов к оценке [1, 2, 3, 4], все они страдают общим недостатком – субъективностью. В конечном итоге решение зависит от того, кто использует метод или кто привлекается в качестве эксперта. Проблему объективности оценки можно было бы сформировать следующим образом, в виде отдельных требований к оценочной технологии.

Считаем, что система оценки должна быть построена так, чтобы персонал был оценен:

- объективно, то есть вне зависимости от чьего-то частного мнения или отдельных суждений;
- надежно, то есть относительно свободно от влияния ситуативных факторов: настроения, погоды, прошлых успехов и неудач (возможно, случайных);
- достоверно, то есть в отношении деятельности оцениваться должен реальный уровень владения навыками – насколько успешно человек справляется со своим делом;
- с возможностью прогноза, то есть оценка должна давать данные о том, к каким видам деятельности и на каком уровне человек способен потенциально работать;
- комплексно, то есть оценивается не только каждый из членов организации, но и связи и отношения внутри организации, а также возможности организации в целом;
- процесс оценивания и критерии оценки должны быть доступны не узкому кругу специалистов, а понятны и оценщикам, и наблюдателям, и самим оцениваемым (то есть обладать свойством внутренней очевидности);
- проведение оценочных мероприятий не только не должно дезорганизовывать работу коллектива, но встраиваться в общую систему кадровой работы в организации таким образом, чтобы реально способствовать ее развитию и совершенствованию.

Но, прежде всего, речь идет о комплексности подхода к оценке руководства АО «Республиканский детский реабилитационный центр», которая обеспечивает всестороннюю оценку руководителя:

- применение количественных, качественных и комбинированных методов;
- работа с экспертными оценками;
- проведение групповой оценки личности;

- самооценка;
- оценка психологом-профессионалом деловых и личностных качеств руководителей организации.

Наряду с индивидуальной диагностикой и планированием личной карьеры руководителя надо помнить о том, что каждый руководитель является членом или руководителем определенного коллектива, поэтому диагностика «контекста» деятельности (организационная культура, социально-психологический климат подразделения) имеет столь же необходимое значение, как и личностно-профессиональная диагностика.

Самое сложное при проведении оценки – выработать критерии оценки. Оценить руководителя «комплексно» – то же самое, что поставить школьнику одну оценку, которая включала бы в себя одновременно показатели успеваемости по пению, алгебре, литературе и физкультуре.

При проведении комплексной оценки руководителей необходимо сформулировать критерии, как в области профессиональной деятельности руководителя, так и в области его профессионально-личностных характеристик. Что касается оценки по первому критерию «оценка профессиональной деятельности руководителя» считаем, что целесообразно применить метод «управления по целям» [5]. Оценка деятельности руководителей с помощью управления по целям может применяться на всех уровнях управления как инструмент, позволяющий повысить эффективность менеджмента.

Ориентированная на результат оценка менеджеров – эффективный инструмент, который обеспечивает динамическую связь между:

- целями каждого подразделения и организацией в целом;
- результатами работы каждого руководителя и управлением персоналом;
- развитием каждого руководителя и руководящего состава в целом.

Ориентированная на результат оценка руководителей – систематическая методика, которая помогает дать ответ на три фундаментальных для руководителя вопроса:

- чего ожидают от меня как сотрудника?
- насколько я соответствую этим ожиданиям?
- как мне стать еще более хорошим руководителем в будущем?

Ответив на эти вопросы, руководитель сможет достичь требуемых результатов и выполнить свои должностные обязанности.

Кроме того, оценка руководителей, ориентированная на результат, позволяет оценивать сотрудников любого уровня.

Относительно второго критерия оценки «профессионально-личностные характеристики сотрудника» необходимо рассмотреть основные характеристики сотрудников, присущие инновационному менеджменту в медицинской сфере и определить перечень необходимых сотруднику-лидеру медицинской сферы качеств.

Анализ качеств, необходимых руководителю структурного подразделения исследуемой организации, отвечающих требованиям инновационного лидерства и мнениям работников медицинской системы, позволил в статье сделать вывод о том, что сотрудников целесообразно оценивать по общим критериям, то есть по критериям, которые могут быть использованы независимо от сферы деятельности сотрудника (таблица № 1).

Таблица № 1. Качества руководителя АО «Республиканский детский реабилитационный центр»

Качества сотрудника	Значение качества		Разность значения между современным и идеальным сотрудником	
	Мнение руководителей	Мнение сотрудников	Мнение руководителей	Мнение сотрудников
Профессиональные качества				
Профессиональные навыки и умения	5,1	5,8	2,8	3,5
Профессиональные знания	2,9 (1,6)	4,5	3,4	3,3
Аналитические способности	5	6,4	2,4	2,4
Комплексное мышление	5,1	6,1	2,5	3,3
Уровень мотивированности на работу	4,9	4,4	3,1	2,1
Вклад в нововведения	6,3	5,3	2,8	2
Личностные качества				
Общая эрудиция	4,9	6,3	2,7	2,3
Моральные качества	5	5,9	1,9	2,8
Организованность	5,6	5,4	2,4	2,8
Ответственность	6,7	5,6	1,6	2
Управление стрессами	6,3	5,7	1,4	2,7
Психологические характеристики	6,9	6,5	3,2	3,7
Коммуникативные качества				
Коммуникабельность	5,1	6,1	2,3	2,3
Управление конфликтными ситуациями	5,8	5,4	3,1	2,9
Умение поддерживать благоприятный психологический климат в коллективе	6,2	4,2	2,7	2,9
Этика делового общения	5,1	3,8	2,1	2,3
Конструктивное восприятие критики	5,7	4,9	2,5	3,1
Умение вести переговоры	4,1	4,7	2,8	
Лидерский потенциал				
Организаторские способности	5,5	5,5	2,7	2,9
Умение предвидеть	5,7	5	3,1	3,5

Следует отметить, что рядовые сотрудники оценили качества современного менеджера достаточно высоко, почти также как сами руководители. Почти по половине качеств ими была дана более высокая оценка (13 из 31), по двум параметрам мнения совпали, а по четырнадцати качествам руководители оценили себя более высоко по сравнению с рядовыми служащими.

По данным таблицы № 1 следует, что наибольшее несоответствие качеств современного менеджера руководителями и сотрудниками состоит в оценке умения руководителей поддерживать благоприятный социально-психологический климат в коллективе (разница в оценках составила 2 балла). При этом сотрудники исследуемой организации дали этому параметру самую низкую оценку по сравнению с другими качествами (4,2). Но в тоже время данный фактор вошел в число сильнейших (6,2) по мнению руководителей. Следовательно, можно говорить, что руководители АО «Республиканский детский реабилитационный центр» не имеют достаточной подготовки в области психологии управления.

Далее с разницей в 1,4 - 1 руководители и сотрудники оценивают такие качества сотрудника, как профессиональные знания, аналитические способности, комплексное мышление, вклад в нововведения, общая эрудиция, ответственность, коммуникабельность, этика делового общения, конструктивное восприятие критики, сотрудничество в руководящей группе.

Таблица № 1 показывает, что мнения сотрудников и руководителей совпали при оценке таких качеств как организаторские способности и делегирование полномочий.

На основе проведенного анализа выделим основные лидерские качества сотрудника исследуемой организации, которые должны подвергаться оценке (рисунок 1).

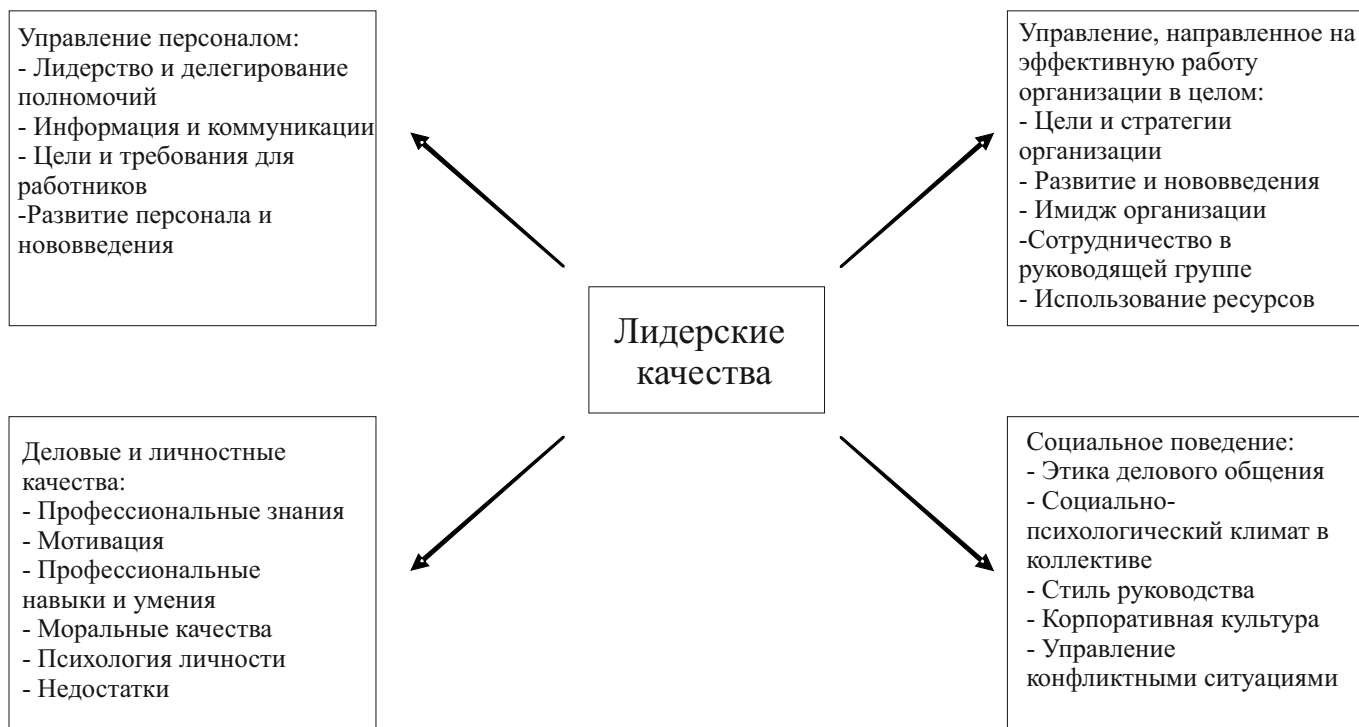
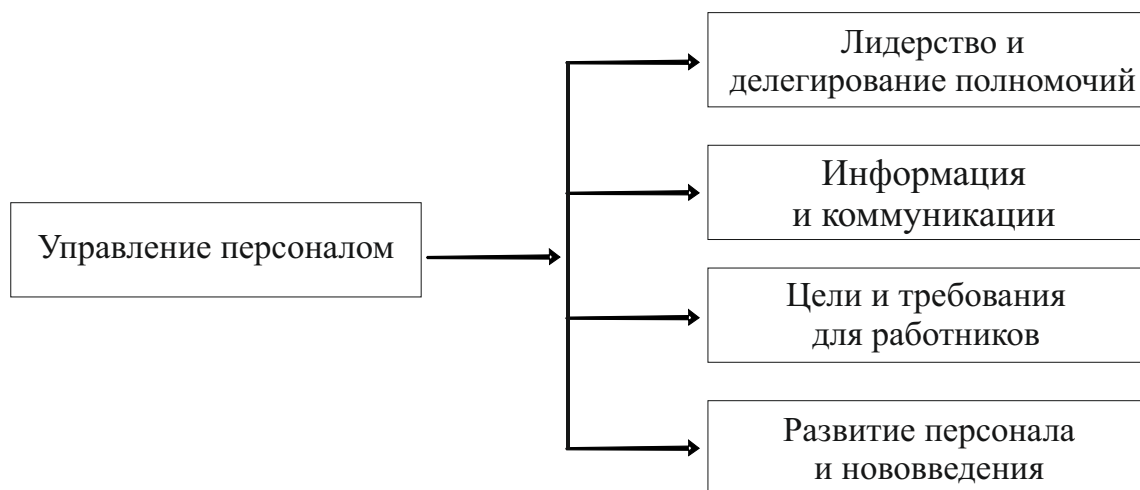


Рисунок 1. Лидерские качества сотрудника

Таким образом, всю совокупность требований к профессионально-личностным качествам руководителя, предъявляемым к руководителю, объединяем в четыре группы. Все перечисленные элементы отражают комплексность при оценке лидерских качеств отдельного руководителя.

Первый блок – управление персоналом. Управление персоналом охватывает целый комплекс функций: определение целей для работников, делегирование полномочий, найм и отбор персонала, обучение персонала и т.д. Блок управление персоналом разобьем на четыре элемента (рисунок 2).



Одна из важнейших задач руководителя – определять перспективу своей деятельности [6, 7]. Именно руководитель формулирует и разъясняет цели для каждого сотрудника или команды. Сотрудники должны понимать цели и быть заинтересованными в их достижении. После того, как перед сотрудником были поставлены цели, руководитель должен трансформировать их в требования и установить приоритеты.

Второй элемент – лидерство и делегирование полномочий. Задача руководителя вести свой коллектив к поставленным целям. Руководитель должен уметь передавать свои задачи и соответствующие полномочия подчиненным. При этом необходимо учитывать знания, опыт, возможности и качества конкретных работников. Руководитель должен уметь делать работу руками своих подчиненных. От того, насколько руководитель владеет искусством, зависят эффективность работы подчиненного ему подразделения и соответственно качество работы самого руководителя.

Развитие персонала становится одной из приоритетных задач руководителя. В рыночной экономике организации приходится быстро реагировать на изменения, происходящие во внешней среде. Персонал должен уметь адаптироваться к изменяющимся условиям и требованиям рынка, развивать у себя новые навыки. Руководитель должен содействовать профессиональному росту своих подчиненных, способствовать внедрению нетрадиционных методов работы, развитию у сотрудников инновационного мышления.

Следующий элемент – информация и коммуникации. Руководитель сосредоточивает у себя множество информации. Он должен уметь передавать информацию своим сотрудникам. От того, насколько правильно подчиненный усвоит передаваемую информацию, зависит, справится ли он с поставленными

целями и задачами. Руководитель должен постоянно следить за тем, как функционирует система информации в его подразделении.

Обобщенные оценки руководителя по блоку управления персоналом должны войти в состав комплексной оценки сотрудников-руководителей.

Естественно, что руководитель не только должен уметь управлять персоналом. Он должен вносить свой вклад в общую работу организации. В работе предлагается пять сфер, в которых руководитель может способствовать развитию организации.

Цели и стратегии организации. Руководитель принимает участие в формулировании целей и стратегий организации. Он должен стремиться к единству целей и стратегий.

Развитие и нововведения. От руководителя ожидают вклада в обновление организации. Он может предлагать внедрение инновационных методов работы, процессов, коммуникаций и т.д.

Имидж организации. Руководитель должен вносить свой вклад в завоевание репутации организации и репутации ее продуктов на рынке. Он стремится к установлению благожелательных отношений между организацией и потребителями, а также общественностью в целом.

Сотрудничество в руководящей группе. Команда руководителей организации должна работать согласованно. Каждый руководитель должен внести свой вклад в хорошее функционирование руководящей группы. Руководитель должен тесно сотрудничать с коллегами.

Использование ресурсов. Руководитель должен вносить свой вклад в эффективное использование ресурсов организации. Кроме того, руководитель несет ответственность за надлежащее использование ресурсов.

Перейдем к следующему блоку. В настоящее время признано, что оценка результатов деятельности – необходимое, но явно недостаточное условие для принятия кадровых решений. Не меньшее значение приобрела оценка деловых и личных качеств менеджеров, выявляемых в самом процессе труда. Этот вид оценок характеризует деятельность управленца по критериям, соответствующим необходимым качествам для достижения максимальной результативности труда. К числу таких качеств относят, прежде всего, профессиональные навыки, а также психологические способности.

Среди основных факторов, определяющих совместную деятельность людей, особое место занимает мораль. Моральные качества руководителя всегда определяют взаимоотношения людей, находящихся у него в подчинении, и эффективность его работы. Там, где деловые отношения строятся на основе взаимного уважения, взаимопомощи и внимания к личности каждого сотрудника, степень надежности и гарантия успеха всегда выше, чем в организациях, опирающихся только на административное управление и контроль.

Главной целью оценки профессиональных навыков и умений является выявление, формирование и развитие профессиональных управленческих способностей. Навыки и умения обнаруживаются у руководителя в процессе применения способов и приемов действий для достижения определенных целей.

Обычно работа человека представляет область, где его индивидуальность проявляется наилучшим образом. Однако сама по себе работа не делает человека незаменимым. Важнейшим фактором становится то, как он выполняет эту работу. И

от руководителя зависит, найдут ли свое выражение в работе те личностные неповторимые качества, которые составляют психологические особенности нашей личности.

Немаловажное значение имеет и соответствие профессиональных знаний руководителя современному уровню производства и управления. Руководитель не должен забывать, что полученные знания устаревают наполовину каждые пять лет, то есть необходимо постоянно повышать свою квалификацию. Большинство видов деятельности в области менеджмента требуют высоких профессиональных знаний. Работа руководителя, которая постоянно меняется и предъявляет новые требования к менеджеру, предполагает постоянную необходимость приобретения новых профессиональных знаний.

В ходе оценки необходимо анализировать недостатки руководителя, которые сказываются (или могут сказаться) на его работе. Оценка по этому элементу проводится отдельно от оценки психологии личности, поскольку это позволит руководителю в дальнейшем сосредоточиться именно на недостатках, которые сказываются на его работе.

Следующий блок, по которому будет проводиться оценка – бесконфликтное общение [8]. Проблема взаимоотношений руководителей и подчиненных весьма актуальна для большинства компаний. В руководящей работе трудно избежать тех или иных служебных конфликтов, которые являются неотъемлемой стороной управленческой деятельности. Характер установившихся взаимоотношений зависит от эффективности управления компанией, стиля руководства, авторитета руководителя, социально-психологического климата в коллективе. Настоящий руководитель должен обладать сильным стремлением к реализации своих творческих способностей; должен постоянно изучать запросы подчиненных, стремиться завоевать их доверие, показывать личный пример непрерывного духовного и профессионального совершенствования и деловой порядочности; должен быть способен сотрудничать без конфликтов. Только подобный человек способен стать истинным руководителем и принести пользу своей организации.

В блок включены следующие элементы: управление стрессами для предупреждения конфликтов, социально-психологический климат в коллективе, этика делового общения, стиль руководства, управление конфликтными ситуациями.

Первый элемент этого блока – управление стрессами для предупреждения конфликтов. Последствия воздействия стрессовых ситуаций очень разнообразны и во многом зависят от характера ситуации и индивидуальных особенностей подвергшихся стрессу руководителей. К числу субъективных последствий стресса можно отнести возникновение у сотрудников чувства вины, повышенную тревожность, утомляемость. Поведенческими последствиями стресса являются возникновение сплетен, повышенная опасность инцидентов. В физиологическом плане стрессы приводят к ухудшению состояния здоровья руководителей, возникновению у них коронарных заболеваний, колебанию артериального давления и пр. И, наконец, организационные последствия стрессов находят свое выражение в росте текучести кадров, увеличении числа прогулов, росте неудовлетворенности сотрудников выполняемой работой. Руководитель должен уметь адаптироваться к стрессовым ситуациям, уметь управлять ими.

Второй элемент – социально-психологический климат в коллективе. Влияние трудового коллектива на личность зависит от того, каков характер сложившихся отношений между членами коллектива. Умение создать благоприятный для работы социально-психологический климат в коллективе – одна из важнейших задач менеджера. Нормальный социально- психологический климат в коллективе способствует высокой производительности труда, предупреждает развитие конфликтных ситуаций в коллективе.

Третий элемент – этика делового общения руководителя. Часто у руководителей имеются трудности в общении с коллегами и подчиненными. В большинстве случаев истинная причина этого лежит в их собственных проблемах, в которых они пока до конца не разобрались. Проанализировать данные проблемы поможет именно этот элемент оценки управленческого персонала. Искусство и успех делового общения во многом определяются теми этическими нормами и принципами, которые использует руководитель по отношению к своим подчиненным. Под нормами и принципами имеется в виду то, какое поведение на службе является этически приемлемым, а какое – нет. Эти нормы касаются, прежде всего, того, как и на основе чего отдаются распоряжения в процессе управления, в чем выражается служебная дисциплина, определяющая деловое общение. Без соблюдения этики делового общения между руководителем и подчиненным большинство людей чувствуют себя в коллективе дискомфортно, нравственно незащищенными. Отношение руководителя к подчиненным влияет на весь характер делового общения, во многом определяет его нравственно-психологический климат. Именно на этом уровне формируются нравственные эталоны и образцы поведения.

Четвертый элемент – стиль руководства. Практика показывает, что именно от стиля руководителя зависит психологическая атмосфера в коллективе, которая, в свою очередь, создает условия для зарождения повышенной или пониженной конфликтности. Стиль руководства возникает из личного контакта с подчиненными. Он должен быть гибким, инициативным и одобряться подчиненными. Эффективность труда руководителя во многом зависит от стиля его руководства.

Пятый элемент – корпоративная культура и конфликты. Практика (отечественная и зарубежная) убеждает, что в компаниях, организациях, где создана и высоко ценится корпоративная культура, конфликтов бывает намного меньше, нежели там, где культурные ценности еще не стали основой жизни коллектива. Работу на современном предприятии необходимо рассматривать как групповую, а не индивидуальную. Отсюда ясен вывод о важности формирования и использования возможностей корпоративной культуры, дающей людям представление о характере деятельности, общепринятых ценностях, ориентации и философии фирмы. Высокая культура открывает для менеджера возможность руководить через нормы и ценности, быстрее принимать решения на местах; предлагает четкие стандарты качества, конкретные критерии самооценок и облегчает комплексное понимание того, что происходит в коллективе. Менеджмент организации призван соответствовать корпоративной культуре; он сильно зависит от нее. Однако, менеджмент должен, в свою очередь, оказывать влияние на формирование и развитие самой корпоративной культуры.

Последний элемент – управление конфликтными ситуациями. Руководитель

выступает в роли посредника при разрешении конфликта, то есть как третья сторона, которая пытается восстановить психологический баланс в коллективе. Деятельность руководителя как посредника включает анализ ситуации и урегулирование конфликта. Разрешение конфликта представляет собой многоступенчатый процесс, который включает в себя анализ и оценку ситуации, выбор способа разрешения конфликта, формирование плана действий, его реализацию, оценку эффективности своих действий. Обоснованные управленческие решения; компетентное руководство сотрудниками, коллективами – важные условия профилактики конфликтов между людьми, поддержания хорошего социально-психологического климата в коллективах. Грамотное, с психологической точки зрения, руководство, компетентная взаимооценка результатов деятельности сотрудников со стороны руководителей и подчиненных могут предотвратить значительную часть конфликтов между ними.

Таким образом, мы разработали основные направления оценки руководителей, которые могут быть использованы в практической деятельности. Нами были разработаны и систематизированы критерии, которые в дальнейшем могут быть использованы при проведении комплексной оценки профессионально-личностных характеристик руководителей, в частности оценки лидерства. Выработанные критерии оценки, на наш взгляд, охватывает весь спектр личностных характеристик руководителей, которые оказывают влияние на эффективность их деятельности.

Список использованной литературы:

- 1.Залезник А., Коттер Д., Минцберг Г. Лидерство. - М.: Альпина Бизнес Букс, 2006. - 258 с.
- 2.Шеклтон В. Психология лидерства в бизнесе. - СПб.: Питер, 2003. - 222 с.
- 3.Парыгин Б.Д. Руководство и лидерство. - СПб.: ЛГПУ, 1973. - 143 с.
- 4.Кричевский Р.Л. Если вы – руководитель. - М.: Дело, 1998. - 400 с.
- 5.Питер Ф. Друкер. Эффективный руководитель. - Вильямс, 2007. - 224 с.
- 6.Энкельманн Н.Б. Харизма. Личные качества как средство достижения успеха в профессиональной и личной жизни. - М.: АО "Интерэксперт", 2008. - 272 с.
7. Блейк Р.Р., Моутон Дж.С. Научные методы управления. - Киев: Довира, 2004. - 144 с.
- 8.Гоулман Д., Бояцис Р., Макки Э. Эмоциональное лидерство: Искусство управления людьми на основе эмоционального интеллекта. М.: Альпина Бизнес Букс, 2005. - 301 с.

Резюме

ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ЛИДЕРСКИХ КАЧЕСТВ РУКОВОДСТВА КОМПАНИИ

Балабекова Д.М., Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Отдел управления человеческими ресурсами АО «Республиканский детский реабилитационный центр» при оценке персонала делает уклон на оценку профессиональных качеств руководителей. Как и на многих казахстанских предприятиях игнорируется личностно-деловой метод оценки персонала, который включает в себя и оценку лидерских качеств руководства.

Түйіндеме

КОМПАНИЯ БАСШЫСЫНЫҢ КӨШБАСЫЛЫҚ ҚАСИЕТІН КЕШЕНДІ БАҒАЛАУ ТӘСІЛДЕРІ

Балабекова Д.М., Бөлекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д.

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ, Астана қ-сы

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ-ның Адами ресурстарды басқару бөлімі қызметкерді бағалауда басшының кәсіби біліктілігіне басты назар аударады. Көптеген қазақстандық кәсіпорындар сияқты басшының көшбасшылық қасиетін бағалауда қызметкерлердің жеке-іскери әдістерін бағалау еленбейді.

Summary

APPROACHES TO COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF LEADERSHIP QUALITIES OF COMPANY DIRECTORS

D. Balabekova, Sh. Bulekbayeva, F. Baiserkina

JSC «Republican children's rehabilitation center», Astana

Department of Human Resource Management JSC "National Children's Rehabilitation Center" in its assessment of staff makes pitch for evaluation of managerial competencies. As with many local enterprises ignored personal and business personnel evaluation method, which includes the assessment of leadership qualities leadership.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РОБОТИЗИРОВАННОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

*Шакенов М.Ж., Медетбекова Ж.А., Амирова А.Т.,
Байдарбекова А.К., Кудайбергенов А.С., Раисова А.М.*

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Заболевания нервной системы остаются главной причиной инвалидности детей и взрослых в Казахстане [1, 2, 3]. Прослеживается тенденция роста количества таких пациентов, что определяет необходимость дальнейшего улучшения и расширения спектра реабилитационных услуг в стране.

В течение последних 10 лет в мире активно развивается нейрореабилитация с помощью роботизированных устройств и систем. Так, впервые в Казахстане и странах Центральной Азии в 2011 году в Республиканском детском реабилитационном центре (далее - Центр) было начато использование нового роботизированного комплекса «Локомат Про.» (Швейцария) для развития и восстановления навыков ходьбы у детей и взрослых.

Известно, что в течение первых 6-7 лет жизни восстановление функций нервной системы и опорно-двигательного аппарата происходит наиболее интенсивно, а затем в связи с завершением созревания основных структур центральной нервной системы темпы реабилитационных процессов в организме ребенка резко замедляются. После этого возраста задачей консервативных реабилитационных программ становится сохранение и закрепление имеющихся навыков.

Роботизированная терапия используется в реабилитации пациентов после нарушений мозгового кровообращения [4], травмах нервной системы [5], детском церебральном параличе [6, 7]. По данным Patritti В. и соавт. [8], у всех 4 детей с ДЦП, которые получили 6-недельный курс роботизированной кинезотерапии с помощью комплекса «Локомат» было зарегистрировано улучшение двигательной функции.

Материалы и методы. Мы попытались оценить влияние комплексной реабилитации детей с ДЦП дошкольного возраста, используя диагностические тесты комплекса «Локомат Про.». Были использованы стандартные тесты «Локомат Про.» для измерения силы (L-FORCE), спастичности (L-STIFF) и объема движений в нижних конечностях (L-ROM).

Под наблюдением в течение 2012 года находилось 30 детей со спастической диплегией ДЦП в возрасте 3-5 лет. Дети соответствовали III или IV степени международной шкалы GMFCS. Все дети получали комплексную реабилитацию с включением роботизированной системы «Локомат Про.» по поводу диагноза: ДЦП, спастическая диплегия. Комплексная реабилитация включала индивидуальные занятия специалистов по лечебной физической культуре, физиотерапевтические процедуры, коррекционную работу педагогов по социальной адаптации и Монтессори-педагогов. Все 30 детей получили в среднем 8 занятий по 30 минут на комплексе «Локомат Про.». 15 пациентам из 30 было проведено медикаментозное снижение повышенного мышечного тонуса с помощью ботулотоксина типа А (БТА). Для сравнения были взяты данные этих же детей при поступлении в Центр на реабилитацию. Кроме того, дети, получившие БТА, сравнивались с детьми этой же группы без БТА.

Результаты. По данным таблицы 1, улучшение всех тестов было у 24 детей (80 %). Ухудшение показателей всех тестов не отмечалось.

Таблица 1. Результаты тестов «Локомат Про.», n=30

Тесты	Улучшение	Без эффекта	Ухудшение	Всего
L-FORCE	26	4	0	30
L-STIFF	24	2	4	30
L-ROM	24	6	0	30

По данным теста L-FORCE у 26 детей (87 %) со спастической формой ДЦП отмечалось увеличение мышечной силы. Снижение показателей теста измерения мышечной силы не отмечалось. Только у 4 пациентов (13 %) занятия роботизированной кинезотерапией оказались без эффекта. Измерение спастичности мышц с помощью теста L-STIFF дало следующие результаты: снижение спастичности наблюдалось у 24 (80 %) детей с ДЦП; без эффекта – 2 пациента (7 %); повышение спастичности мышц было в 4 случаях (13 %).

Объем движений в нижних конечностях увеличился у 24 детей (80 %) и только в 6 случаях (20 %) эффекта не отмечалось. Случаев ухудшения зарегистрировано не было.

В комплексную реабилитацию 15 пациентов из группы наблюдения входило применение БТА для снижения мышечного тонуса. Результаты тестов в данной группе детей представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты тестов «Локомат Про.» у детей после БТА, n=15

Тесты	Улучшение	Без эффекта	Ухудшение	Всего
L-FORCE	12	3	0	15
L-STIFF	10	2	3	15
L-ROM	10	5	0	15

По данным таблицы 2, у 12 детей (80 %) отмечается улучшение всех тестов. Ухудшение показателей всех тестов не зарегистрировано. По данным теста L-FORCE, у 10 пациентов (67 %) со спастической формой ДЦП отмечалось увеличение мышечной силы. В трех случаях (33 %) занятия с помощью роботизированного комплекса оказались без эффекта. Спастичность мышц (L-STIFF) снизилась у 10 (80 %) детей с ДЦП. Эффекта не наблюдалось у 2 пациентов (8 %). Увеличение спастичности мышц зарегистрировано в 3 случаях (12 %). Расширение объема движений в нижних конечностях наблюдалось у 10 детей (80 %) и только в 5 случаях (20 %) эффекта не отмечалось. Для сравнения нами представлены данные о детях с ДЦП, которые получили комплексную реабилитацию, включающую занятия с комплексом «Локомат Про.» без использования медикаментозного снижения повышенной спастичности мышц ботулотоксином типа А (см. таблицу 3).

Таблица 3. Результаты тестов «Локомат Про.» у детей без БТА, n=15

Тесты	Улучшение	Без эффекта	Ухудшение	Всего
L-FORCE	13	2	0	15
L-STIFF	11	2	2	15
L-ROM	3	12	0	15

Анализ таблицы 3 показывает, что 87 % детей стали сильнее. У 73 % пациентов спастичность снизилась. Объем движений в нижних конечностях не изменился в 80 % случаев.

Обсуждение. Результаты наших наблюдений подтверждают данные Patritti В. и соавт. о том, что занятия для детей с ДЦП с помощью комплекса «Локомат» оказывают благоприятное действие на их двигательную функцию. Дети с ДЦП, которые получили медикаментозную коррекцию мышечного тонуса ботулотоксином типа А имели небольшое преимущество в показателях понижения спастичности мышц по сравнению с теми, кто не получал БТА-терапию (см. таблицы 2 и 3). В этих группах практически не отличается доля детей с увеличением мышечной спастичности, что может быть связано с допустимыми незначительными погрешностями в показателях теста L-STIFF. Мы считаем, что требуется дальнейшее изучение возможностей роботизированных технологий восстановления и развития навыков ходьбы у детей с ДЦП в связи с небольшой выборкой в исследуемой группе.

Выводы. Таким образом, роботизированная кинезотерапия с помощью комплекса «Локомат Про.» показала улучшение навыков ходьбы у детей со спастической формой ДЦП в возрасте 3-5 лет. Экстраполяция данных на других детей с ДЦП должна проводиться с осторожностью в связи с малой выборкой пациентов в данном исследовании.

Список использованной литературы:

1. Статистический сборник. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2009 году. - Астана, 2009.
2. Статистический сборник. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010 году. - Астана, 2010.
3. Статистический сборник. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году. - Астана, 2011.
4. Hesse S., Werner C., Bardeleben A., Barbeau H. Body weight-supported treadmill training after stroke. *Curr Atheroscler*, 2001; 3: 287-294.
5. 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
6. Wirz M., Zemon D.H., Rupp R., Scheel A., Colombo G., Dietz V., Hornby T.G. 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.
7. Meyer-Heim A., Ammann-Reiffer C., Schmartz A., Schaefer J., Sennhauser F.H., Heinen F., Knecht B., Dabrowski E.R., 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.
8. Patritti B., Sicari M., Deming L., Romaguera F., Pelliccio M., Benedetti M.G., Nimec D., Bonato P. Enhancing robotic gait training via augmented feedback. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc.* 2010;2010:2271-4. doi: 10.1109/IEMBS.2010.5627707.

Резюме

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РОБОТИЗИРОВАННОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

*Шакенов М.Ж., Медетбекова Ж.А., Амирова А.Т.,
Байдарбекова А.К., Кудайбергенев А.С., Раисова А.М.*

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Роботизированная кинезотерапия у 30 детей со спастической формой ДЦП в дошкольном возрасте показала увеличение мышечной силы в ослабленных нижних конечностях, снижение спастичности мышц, увеличение объема движения в нижних конечностях. Авторы рекомендуют роботизированную кинезотерапию для спастических форм ДЦП и высказывают мнение о необходимости дальнейших исследований.

Түйіндеме

ЦЕРЕБРАЛДЫ САЛ АУРУЫМЕН АУЫРҒАН МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРҒА РОБОТТАЛҒАН КИНЕЗОТЕРАПИЯ ҚОЛДАНУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

*Шакенов М.Ж., Медетбекова Ж.А., Әмірова А.Т.,
Байдарбекова А.К., Құдайбергенев А.С., Раисова А.М.*

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ, Астана қ-сы

30 спастикалық түрі БЦС ауырған мектеп жасқа келмеген балаларда роботталған кинезоёмшаралар бұлшық ет күші өсуді, серпімділігі төмендеуді, қимыл көлемі ұлғайюды көрсетті. Авторлар роботталған кинезоёмшараларды спастикалық түрі БЦС үшін ұсынып, зерттеуді жалғастыру керек екенін пікір білдіреді.

Summary

FEATURES OF ROBOTIC KINESITHERAPY IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY IN THE PRESCHOOL YEARS

*Shakenov M., Medetbekova Zh., Amirova A.,
Baydarbekova A., Kudaybergenov A., Raisova A.*

JSC «Republican children's rehabilitation center», Astana

Robotic kinesitherapy in 30 children with spastic cerebral palsy in the form of pre-school age showed an increase in muscle strength in the lower limbs weakened, reducing spasticity and increase range of motion in the lower extremities. The authors recommend a robotic kinesitherapy for spastic form of cerebral palsy and express an opinion on the need for further research.

МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ СПАСТИЧЕСКОЙ ТУГОПОДВИЖНОСТЬЮ ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВОВ

Каладинова Т.И., Шакенов М.Ж., Сабербекова М.О.

**Лаборатория видеоанализа движений и роботизированной кинезотерапии
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана**

Метод Биологической Обратной Связи по параметрам электромиограммы (ЭМГ-БОС) – это технология развития двигательной функции человека с помощью уникальной аппаратуры. Приборы регистрируют биоэлектрическую активность мышц и превращают их в понятные для человека световые и звуковые сигналы обратной связи. Таким образом, аппаратура ЭМГ-БОС делает видимой и слышимой работу мышц [1, 4]. Благодаря этому врач и пациент могут проконтролировать правильность выполнения упражнений. Компьютерные технологии превращает скучные однообразные тренировки в увлекательную игру.

Тренировки в кабинете опорно-двигательной ЭМГ-БОС коррекции – современный безболезненный, безлекарственный и абсолютно безвредный метод оздоровления и укрепления организма [1, 4].

Метод ЭМГ-БОС применяется для развития, совершенствования и восстановления движений у взрослых и детей старше 4-х лет. В медицинской реабилитации метод ЭМГ-БОС активно используется для улучшения и восстановления двигательной функции при заболеваниях и повреждениях опорно-двигательного аппарата и нервной системы. В частности, в неврологии при таких заболеваниях как церебральный паралич, последствия нейроинфекций, инсульта, травм головного и спинного мозга, радикулита, повреждений периферических нервов; в ортопедии – при плоскостопии, косолапости, нарушении осанки, сколиозах; в травматологии – при последствиях переломов, повреждений мышц и сухожилий; в физическом воспитании и спорте – для силовой тренировки мышц; в спортивной медицине – для восстановления работоспособности спортсменов после травм и заболеваний [1, 3, 4].

В Республиканском детском реабилитационном центре (Центр) этот метод применяется с 2007 года. Лечение с использованием метода ЭМГ-БОС коррекции проводится на аппаратно-программном комплексе «МИО 2.2 С».

Мы провели реабилитацию 380 пациентов в возрасте от 5 до 18 лет с церебральным параличом, сопровождавшимся тугоподвижностью и контрактурами голеностопных суставов, которые приводили к эквинусной установке стоп. Целесообразным является включение процедуры тренинга мышц голени методом ЭМГ-БОС в качестве дополнительной процедуры по лечебной физической культуре (ЛФК) [2]. Тренировку на аппаратах ЭМГ-БОС рекомендуется проводить после процедуры ЛФК, тепловой физиотерапевтической процедуры. Тренинги с помощью метода ЭМГ-БОС начинают через 1-2 занятия после начала процедур ЛФК и постепенно увеличивают нагрузку [2]. Тренировка мышц голени проводится в исходном положении сидя. При тренинге тыльного сгибания электроды накладываются на двигательные точки *m. tibialis anterior*, расположенной на 4-5 см

ниже и латеральнее бугристости большеберцовой кости. Пациент выполняет поочередное сгибание и разгибание в голеностопном суставе с максимально возможной амплитудой и удержанием стопы в крайних максимальных положениях с максимальным усилением мышц. Поочередное напряжение сгибателей и разгибателей позволяет пациенту тренировать *m. tibialis anterior* на уровне высокой нагрузки и снижает их утомляемость. Кроме того, движения в суставе по максимально возможной амплитуде, с многократным повторением способствуют улучшению кровообращения с последующим улучшением рисунка ходьбы. Несмотря на большую нагрузку на мышцы, отмечается хорошая переносимость процедур, что связано с попеременным напряжением сгибателей и разгибателей голеностопного сустава. После процедуры возможно появление чувства усталости мышц, которое проходит, как правило, в течение 15-40 мин. Каждая процедура занимает около 30 мин. На курс лечения необходимо 10-12 процедур, проводимых ежедневно или через день.

В результате применения тренинга с помощью метода ЭМГ-БОС у пациентов отмечается увеличение амплитуды движений в голеностопном суставе на 5-20 градусов при гониометрии и на 5 градусов у получавших стандартный курс лечения; увеличение силы сокращений мышц голени в 2-2,5 раза.

Клинические примеры:

Пациент А-в К., 20.06.2002 г.р. Диагноз: Церебральный паралич, спастическая диплегия с формированием тугоподвижности в лучезапястных и голеностопных суставах.

При поступлении жалобы на ограничение движений в ногах, самостоятельно не ходит, с помощью ходунков может пройти до 20 м. Голову держит, сидит, походка при поддержке спастико-паретическая, тонус мышц в конечностях повышен, грубее – в нижних конечностях. Тугоподвижность в лучезапястных и голеностопных суставах. При гониометрии угол слева в голеностопном суставе 105 градусов, справа угол голеностопного сустава 105 градусов.

Проведено комплексное реабилитационное лечение: индивидуальные занятия ЛФК, роботизированная локомоторная кинезотерапия с помощью комплекса «Локомот», занятия на вертикализаторе, ортезы на голеностопные суставы, релаксирующие занятия на вибропанели, шаровой бассейн, автодром, занятия в кабинете постурографии, физиотерапия, коррекционные занятия с трудотерапевтом, игротерапевтом, дефектологом, психологом, музыкотерапевтом, логопедом.

В результате проведенного комплексного лечения и ЭМГ-БОС коррекции отмечалась выраженная положительная динамика: увеличилась амплитуда движений в лучезапястных, голеностопных суставах, увеличилась амплитуда движений в голеностопных суставах до 100 градусов справа и слева, стал ходить с ходунком до 50 м, улучшились равновесие и координация.

Пациенту рекомендован повторный курс ЭМГ-БОС коррекции через 3 месяца.

Пациентка С., 06.11.2005 г.р. Диагноз: Церебральный паралич, спастическая диплегия с формированием тугоподвижности в плечевых, тазобедренных, коленных и голеностопных суставах.

При поступлении жалобы на ограничение движений в ногах, быструю утомляемость. В двигательной сфере – голову держит, сидит, самостоятельно не ходит, походка при поддержке спастико-паретическая с перекрестом на уровне

голеней, тонус мышц в конечностях повышен, грубее в нижних конечностях. Тугоподвижность в плечевых, тазобедренных, коленных и голеностопных суставах. При гониометрии угол слева в голеностопном суставе 110 градусов, справа угол голеностопного сустава 110 градусов.

Проведено комплексное реабилитационное лечение: индивидуальные занятия ЛФК, процедуры с помощью комплекса «Локомат», вертикализатора, релаксирующие занятия на вибропанели, шаровой бассейн, автодром, занятия в кабинете постурографии, коррекционные занятия с трудотерапевтом, игротерапевтом, дефектологом, психологом, музыкотерапевтом.

В результате проведенного комплексного лечения, ЭМГ-БОС коррекции № 10 отмечалась выраженная положительная динамика: уменьшилась спастичность мышц, увеличилась амплитуда движений в голеностопных суставах до 100 градусов справа и слева, начала стоять в течение 5 сек., начала делать самостоятельно 1-2 шага.

Пациентке рекомендован повторный курс ЭМГ-БОС коррекции через 3 месяца.

Таким образом, как показывают полученные результаты, применение метода опорно-двигательной ЭМГ-БОС коррекции в комплексном лечении пациентов с церебральным параличом, сопровождающимся тугоподвижностью голеностопных суставов, улучшает качество проводимых реабилитационных мероприятий.

Литература:

1. Ивановский Ю.В., Сметанкин А.А. Принципы использования метода биологической обратной связи в системе медицинской реабилитации // Биологическая обратная связь. - 2000. - № 3. - С. 2-9.
2. Метод биологической обратной связи в комплексной реабилитации пациентов с контрактурами лучезапястного и голеностопного суставов / Ред. д.м.н., проф. В.В. Воробьев: Учебно-методическое пособие. - СПб, 2003. - 25 с.
3. Пономаренко Г.Н., Кузмичева О.А. Метод биологической обратной связи в лечении плоскостопия: Пособие для врачей. - СПб, 2002. - 20 с.
4. Пинчук Д.Ю., Дудин М.Г. Биологическая обратная связь по электромиограмме в неврологии и ортопедии: Справочное руководство. - СПб.: Человек, 2002. - 120 с.

Резюме

МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕ СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ СПАСТИЧЕСКОЙ ТУГОПОДВИЖНОСТЬЮ ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВОВ

Каладинова Т.И., Шакенов М.Ж., Сабербекова М.О.

**Лаборатория видеоанализа движений и роботизированной кинезотерапии
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана**

Таким образом, как показывают полученные результаты, применение метода опорно-двигательной ЭМГ-БОС коррекции в комплексном лечении пациентов с церебральным параличом, сопровождающимся тугоподвижностью голеностопных суставов, является эффективным методом реабилитации, приводящим к

уменьшению спастичности мышц, к увеличению амплитуды движения в голеностопных суставах, к улучшению рисунка ходьбы.

Түйіндеме

БИОЛОГИЯЛЫҚ КЕРІ БАЙЛАНЫС ЖӘНЕ САЛ АУРУЫ БАР ТОБЫҚ ТАБАН БУЫНДАРДЫҢ ӘРЕҢ ҚОЗҒАЛУЫМЕН ЖҮРЕТІН НАУҚАСТАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҢАЛТУЫНДА ОНЫ ПАЙДАЛАНУ

Қаладинова Т.И., Шәкенов М.Ж., Сабербекова М.О.

**Қозғалыс бейне талдау және роботталған кинезотерапия зертханасы
«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ, Астана қ-сы**

Алынған нәтижелердің көрсеткіші бойынша, биологиялық кері байланыс тірек-қимыл (ЭМГ-БОС) коррекциясының әдісін қолдануы арқылы сал ауруы бар тобық-табан буындардың әрең қозғалуымен жүретін науқастардың кешенді шипасында, бұлшық еттің спастикасының кемуіне, тобық-табан буындардың қимыл-қозғалыс амплитудасының ұлғаюына, жүру суретінің жақсаруына алып келтіретін оңалтудың тиімді әдісі болып табылады.

Summary

METHOD OF BIOLOGICAL FEEDBACK AND ITS APPLICATION IN MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE CEREBRAL PALSY, BEING ACCOMPANIED SPASTIC RIGIDITY OF ANKLE JOINTS

Kaladinova T., Shakenov M., Saberbekova M.

**Laboratory of the video analysis of movements and the robotized kinezotherapy
JSC «Republican children's rehabilitation center», Astana city**

Thus, as show the received results, application of biofeed back method of correction in complex treatment of patients with the cerebral paralysis, being accompanied rigidity of ankle joints, is an effective method of the rehabilitation, bringing to reduction of muscles spasticity, to increase in amplitude of movement in ankle joints, to improve picture of walking.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ СРЕДИ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 5 ЛЕТ

Смагулова И.Е.

Ведущий специалист отдела науки и образования

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Введение. Среди различных форм дефицита микронутриентов, являющихся важной проблемой для общественного здравоохранения в Казахстане, особое место занимает недостаточность фолиевой кислоты [1]. Наиболее уязвимыми группами среди населения, имеющими высокий риск развития дефицита фолиевой кислоты, являются дети, беременные женщины и кормящие матери, что связано с их высокой потребностью в данном витамине [2].

Возникновение дефицита фолиевой кислоты может быть связано с потреблением преимущественно рафинированных продуктов (мука первого и высшего сорта, полированный рис и др.), обедненных витаминами, а также низким количеством свежих овощей и фруктов в рационе питания [3]. Развитию дефицита фолатов также способствует значительная термолабильность фолиевой кислоты и ее разрушение в процессе тепловой обработки продуктов питания.

При недостаточности фолиевой кислоты наблюдаются анемия, слабость, быстрая утомляемость, частое невынашивание беременности, различные поражения органов пищеварения (гастрит, энтерит, потеря аппетита и массы тела) и нервной системы (врожденные дефекты развития и уродства новорожденных), а также повышается риск рака толстой и прямой кишок [4, 5]. Дефицит фолиевой кислоты ответственен приблизительно за 200000 серьезных врожденных дефектов ежегодно в 80 странах, где эти дефекты были оценены [6]. По данным Berry R. и соавт. каждый год более 350000 детей во всем мире рождаются с тяжелыми врожденными дефектами, связанными с дефицитом фолиевой кислоты [7].

Предпринимаемые до настоящего времени усилия по снижению риска распространения дефицита фолиевой кислоты среди наиболее уязвимых групп населения оказались недостаточными. Поэтому, в настоящее время возникла настоятельная необходимость в проведении научных исследований, результаты которых позволят разработать целевую комплексную программу, направленную на уменьшение дефицита фолиевой кислоты среди детей, беременных женщин и кормящих матерей.

Целью нашей работы явилось изучение распространенности дефицита фолиевой кислоты среди детей до 5 лет и женщин репродуктивного возраста, проживающих в различных регионах Казахстана.

Материалы и методы. В программу настоящего исследования были включены 1301 женщин репродуктивного возраста и 1327 детей в возрасте до 5 лет. При этом 88 женщин были беременными, а 1213 – небеременными; возраст 351 ребенка составил 6-23 месяца, а 976 детей – 24-59 месяцев.

Оценка статуса фолиевой кислоты у обследованных проводилась путем определения уровня 5-метилтетрагидрофолата (5-МТГФ) в сыворотке крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографией (ВЭЖХ) с использованием флуоресцентных детекторов [8, 9, 10].

Точки отсчета, используемые для определения различной степени дефицита фолиевой кислоты [11, 12], пограничные и нормальные уровни фолиевой кислоты в сыворотке крови представлены в таблице 1.

Таблица 1. Параметры оценки дефицита фолиевой кислоты на основе определения ее концентрации (мкг/л или нг/мл) в плазме крови

Тяжелый дефицит	Умеренный дефицит	Пограничный уровень	Нормальный уровень
<1,3	1,3<3,0	3-6	>6

Результаты и обсуждение. Наши исследования показали, что средний уровень фолиевой кислоты в сыворотке крови детей в возрасте 6-23 месяца (7,7 мкг/л) был выше, чем у детей 24-59 месяцев (6,3 мкг/л); а среди женщин – был выше у беременных (9,1 мкг/л), чем у небеременных женщин (6,3 мкг/л) 15-49 лет (табл. 2). При этом у небеременных женщин не выявлено значимых возрастных различий в содержании фолиевой кислоты в сыворотке крови.

Таблица 2. Средний уровень фолиевой кислоты в сыворотке крови обследованных детей и женщин

Обследуемые группы	n	Среднее (мкг/л)	СтО ¹	m ²	95% ДИС ³
Дети 6-59 месяцев	1327	6,7	3,71	0,102	↓6,47-6,87 ^a
Дети 6-23 месяцев	351	7,7	4,19	0,224	↑7,28-8,16 ^b
Дети 24-59 месяцев	976	6,3	3,44	0,110	6,07-6,51
Беременные женщины	88	9,1	6,14	0,654	↑7,83-10,43 ^b
Небеременные женщины 15-49 лет	1213	6,3	3,61	0,104	6,08-6,49
Небеременные женщины 15-29 лет	581	6,1	3,38	0,140	5,83-6,38
Небеременные женщины 30-49 лет	632	6,4	3,81	0,152	6,16-6,75

СтО¹ - Стандартное отклонение

m² – Стандартная ошибка средняя

95% ДИС³ - 95% доверительный интервал средний

Статистически значимое изменение (P<0,05; ↑ - повышение, ↓ - снижение) по сравнению с соответствующими данными у:

^a - беременных женщин

^b - детей 24-59 месяцев и небеременных женщин

^b - небеременных женщин

Однако, средний уровень фолиевой кислоты в сыворотке крови у небеременных женщин имел различия в зависимости от места проживания, которые выражались в повышении данного показателя у лиц, проживающих в Актыбинской области (9,1 мкг/л) и г. Алматы (7,9 мкг/л), и в снижении показателя – в Алматинской (5,1 мкг/л), Костанайской (3,3 мкг/л) и Павлодарской (3,5 мкг/л) областях, а также в г. Астане (4,5 мкг/л) по сравнению со средне-республиканским уровнем (6,3 мкг/л).

Областные различия в среднем уровне фолиевой кислоты в сыворотке крови выявлены и у детей. В частности, данный показатель был выше средне-республиканского уровня (6,7 мкг/л) у детей в Атырауской (8,4 мкг/л), Кызылординской (9,1 мкг/л) и Мангыстауской (7,7 мкг/л) областях и г. Алматы (7,9 мкг/л), но ниже – в Жамбылской (5,2 мкг/л), Западно-Казахстанской (4,7 мкг/л), Костанайской (4,6 мкг/л) и Павлодарской (5,3 мкг/л) областях.

Распространенность дефицита фолиевой кислоты среди детей 6-59 месяцев составила 12 % и не имела существенных возрастных различий, а среди беременных женщин (8 %) была почти в 2 раза ниже, чем среди небеременных женщин (15,3 %) 15-49 лет (таблица 3).

Таблица 3. Статус фолиевой кислоты и распространенность дефицита фолиевой кислоты (в %) среди детей и женщин репродуктивного возраста

Обследуемые группы	Норма		Пограничный уровень		Всего с дефицитом		Умерен-ный дефицит		Тяжелый дефицит	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Дети 6-59 мес.	607	45,7	561	42,3	159	▼12,0±0,9 ^a	151	11,4	8	0,6
Дети 6-23 мес.	208	59,3	108	30,8	35	10,0±1,60	33	9,4	2	0,6
Дети 24-59 мес.	399	40,9	453	46,3	124	12,7±1,07	118	12,1	6	0,6
Беременные женщины	53	60,2	28	31,8	7	▼8,0±2,89 ^a	7	8,0		
Неберемен. жен. 15-49 лет	546	45,0	481	39,7	186	15,3±1,03	181	14,9	5	0,4
Неберемен. жен. 15-29 лет	249	42,9	246	42,3	86	14,8±1,47	83	14,3	3	0,5
Неберемен. жен. 30-49 лет	297	47,0	235	37,2	100	15,8±1,45	98	15,5	2	0,3

Примечание: Статистически значимое изменение ($P < 0,05$; ↑ - повышение, ↓ - снижение) по сравнению с соответствующими данными у: ^a - не беременных женщин в возрасте 15-49 лет.

Как видно из таблицы, уровень дефицита фолиевой кислоты среди детей и беременных женщин был ниже, чем среди небеременных женщин. Не выявлено статистически значимых возрастных различий в распространенности дефицита фолиевой кислоты среди небеременных женщин. Значительная доля детей (42,3 %), беременных (31,8 %) и небеременных (39,7 %) женщин имела пограничный уровень фолиевой кислоты в крови. Лишь 45,7 % детей, 60,2 % беременных и 45,0 % небеременных женщин имели нормальный уровень фолиевой кислоты в крови.

Статус фолиевой кислоты и распространенность дефицита фолиевой кислоты среди детей 6-59 месяцев и небеременных женщин 15-49 лет имели областные различия. Областные различия обнаружены и в распространенности пограничного и нормального уровней фолиевой кислоты в сыворотке крови среди детей и небеременных женщин репродуктивного возраста.

У детей, проживающих в Акмолинской (27,6 %), Жамбылской (21,3 %) и Костанайской (26,3 %) областях, уровень дефицита фолиевой кислоты был выше, а в Актыбинской (6,3 %), Кызылординской (3,6 %), Атырауской (1,2 %) и Северо-

Казахстанской (4,7 %) областях и в г. Алматы (5,1 %) – ниже средне-республиканского показателя (12,0 %).

Среди небеременных женщин, проживающих в Алматинской (29,3 %), Костанайской (50,6 %) и Павлодарской (43,6 %) областях и в г. Астане (37,0 %), распространенность дефицита фолиевой кислоты была выше, а в Акмолинской (1,3 %), Кызылординской (17 %), Карагандинской (5,3 %), Южно-Казахстанской (7,1 %) и Актюбинской (8,6 %) областях – ниже средне-республиканского показателя (15,3 %).

Не выявлено значимых различий в распространенности дефицита фолиевой кислоты среди детей 6-59 месяцев, беременных и небеременных женщин 15-49 лет в зависимости от национальной принадлежности обследованных.

В снижении распространенности дефицита фолиевой кислоты, по-видимому, определенную роль играет и сезонный фактор. Наибольшая распространенность дефицита фолиевой кислоты выявлена в зимний период (декабрь), а наименьшая – в сентябре, когда больше потребляется овощей и фруктов, поскольку питание населения Казахстана носит сезонный характер. Известно, что основными пищевыми источниками фолиевой кислоты являются овощи и фрукты.

Таким образом, проведенные нами исследования позволили прийти к следующим выводам:

1. Средняя распространенность дефицита фолиевой кислоты среди детей в возрасте 6-59 месяцев составила 12,0 %, в том числе 11,4 % - умеренный дефицит фолиевой кислоты и 0,6 % - тяжелый дефицит.

2. Распространенность дефицита фолиевой кислоты среди беременных женщин составила 8 % и была почти в 2 раза ниже, чем среди небеременных женщин 15-49 лет – 15,3 %.

3. Значительная часть детей в возрасте 6-59 месяцев (42,3 %), беременных (31,8 %) и небеременных (39,7 %) женщин имели пограничный уровень и лишь 45,7 % детей, 60,2 % беременных и 45,0 % небеременных женщин имели нормальный уровень фолиевой кислоты в крови.

4. В снижении распространенности дефицита фолиевой кислоты положительную роль играют реализуемые в стране программы фортификации пшеничной муки первого и высшего сортов, а также саплементации групп риска железом с фолиевой кислотой. В снижении распространенности дефицита фолиевой кислоты, по-видимому, определенную роль играет и сезонный фактор.

Литература:

1. Шарманов Т.Ш. Питание – важнейший фактор здоровья человека. – Алматы: Асем-Систем, 2010. – 480 с.

2. McPartlin J., Halligan A., Scott J.M., Darling M. & Weir D.G. 1993 Accelerated folate breakdown in pregnancy. *Lancet* 341:148-149.

3. Chanarin I. 1979. *The Megaloblastic Anaemias* 2nd Edition Blackwell Scientific Publications Oxford.

4. Mason J.B. 1995. Folate status: Effect on carcinogenesis. In: Bailey L.B. editor *Folate in Health and Disease*. P.361-378. New-York, Marcel Dekker.

5. Kim Y.I., Fowaz K., Knox T., Lee Y., Norton R., Arora S., Paiva L. & Mason J.B. 1998. Colonic mucosal concentrations of folate correlate well with blood measurements of

folate in persons with colorectal polyps. Am. J. Clin. Nutr., 68:866-872.

6. Vitamin & mineral deficiency. A global progress report. UNICEF, The Micronutrient initiative, 2005, 43 p.

7. Berry R. et al. Prevention of neural-tube defects with folic acid in china. Proc. Nutr. Soc., 53:631-636.

8. Snow C.F. Laboratory Diagnosis of Vitamin B12 and Folate Deficiency: A Guide for the Primary Care Physician. Arch Intern Med 1999;159:1289-1298.

9. Jaroslav Chladek*, Ludek Sispera, Jifina Martinkova High-performance liquid chromatographic assay for the determination of 5-methyltetrahydrofolate in human plasma.

10. Lesley G. Hare Rapid methods for the determination of food folates (PhD Supervisors Prof. D McDowell & Dr I Blair).

11. Folic Acid Deficiency cut off points: moderate deficiency 1,3<3,0 ng/ml or g/L; severe deficiency <1,3 ng/ml or g/L. Source: "Medicine I. o. (2000) Dietary Reference Intakes: thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamin B12, pantothenic acid, biotin, and choline. National Academy Press, Washington D.C."

12. Cut off points for Folic Acid level in blood plasma: marginal level 3-6 ng/ml.; normal level >6 ng/ml. Source: T. Brody, Barry Shane "Folic Acid". In: Handbook of Vitamins. Third Edition, edited by R.B. Bucker, J.W. Suttie, D.B. McCormick and L.J. Machlin. New York, 2001, p. 427-462.

Резюме

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ СРЕДИ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 5 ЛЕТ

Смагулова И.Е.

Ведущий специалист отдела науки и образования

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

В работе изложены результаты изучения статуса фолиевой кислоты среди детей до 5 лет (n=1327) и женщин репродуктивного возраста (n=1301), проживающих в различных регионах Казахстана. Было установлено значительное распространение дефицита фолиевой кислоты среди детей 6-59 месяцев, частота которого составила 12,0 % и не имела существенных возрастных различий. Распространенность дефицита фолиевой кислоты среди беременных женщин была почти в 2 раза ниже, чем среди не беременных женщин 15-49 лет (соответственно 8,0 % и 15,3 %).

Түйіндеме

5 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫҢ ЖӘНЕ ӘЙЕЛДЕР АРАСЫНДАҒЫ ФОЛИЙ ҚЫШҚЫЛЫ ТАПШЫЛЫҒЫНЫҢ ТАРАЛҒАНДЫҒЫН ЗЕРТТЕУ

Смагулова И.Е.

Ғылым және білім бөлімінің жетекшісі маманы

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ, Астана қ-сы

Мақалада Қазақстанның әр аумақтарында тұратын 5 жасқа дейінгі балалар (n=1327) мен репродуктивті жастағы әйелдер (n=1301) арасындағы фолий

қышқылының статусын зерттеу нәтижелері баяндалған. 6-59 айлық балалар арасында фолий қышқылы тапшылығының айтарлықтай таралғандығы анықталды, олардың жиілігі 12,0%-ды құрайды және айтарлықтай жастық ерекшеліктері болған жоқ. Фолий қышқылы тапшылығының жүкті әйелдер арасында таралуы 15-49 жас аралығындағы жүкті емес әйелдерге қарағанда 2 есеге аз болды (сәйкесінше 8,0 % және 15,3 %).

Summary

STUDY OF PREVALENCE OF DEFICIT OF FOLACIN AMONG WOMEN AND CHILDREN IN AGE 5 TO

Smagulova I.

Leading specialist of department of science and education

JSC «Republican children's rehabilitation center», Astana

This article presents the results of the study of folic acid status among children under 5 years (n = 1327) and women of reproductive age (n = 1301) living in different oblasts of Kazakhstan. It was found a significant prevalence of folic acid deficiency among children 6-59 months, the frequency rate of which was 12,0 % and no significant age differences. The prevalence of folic acid deficiency among pregnant women was almost twice lower than among non-pregnant women aged 15-49 years (respectively 8,0 % and 15,3 %).

УКРЕПЛЕНИЕ ИММУНИТЕТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Тугаева Ж.А., Кучербаева З.Т.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Часто болеющие дети – это устоявшееся словосочетание, используемое для классификации детей, имеющих приверженность к частым респираторным заболеваниям. Если у ребенка за год случается более 4-6 эпизодов ОРЗ, то это железный повод приступить к иммунокорректирующим мероприятиям.

Частые ОРЗ в детском возрасте, в особенности тяжело протекающие на фоне эндокринной патологии (гипотиреоз, сахарный диабет 1 и 2 типа, гипоталамический синдром, аутоиммунный тиреоидит, диффузно-токсический зоб и т.д.), негативно влияют на развитие и функционирование не только органов дыхания, но и сердечно-сосудистой, эндокринной и нервной систем, желудочно-кишечного тракта. С каждым следующим клиническим случаем ОРЗ еще больше снижается иммунорезистентность детского организма. Частые болезни сказываются на двигательной активности, а постоянное нахождение дома уже само по себе служит причиной развития сопутствующих заболеваний - малокровия, рахита, дистрофии. Еще одна беда - неоправданное использование родителями целого арсенала безусловно эффективных, но абсолютно ненужных и даже вредных в данном конкретном случае лекарственных средств. Так, например, антибиотики и сами подавляют иммунитет, что на фоне заболевания ведет к так называемой иммунологической скомпрометированности. Родители детей с эндокринной патологией, чаще всего ослабленных и со сниженным иммунитетом, часто используют антибактериальные препараты, боясь развития гипертермического, судорожного синдрома, гипергликемии, тахикардии, синдрома циклической и ацетонемической рвоты.

Очень важно своевременно выявить заболевание и целенаправленно действовать. ОРЗ могут вызываться как респираторными вирусами, так и бактериями. Сходство в механизмах развития разнородных этиологических групп инфекционных заболеваний существенно осложняет их точную диагностику. На долю вирусов, как возбудителей ОРЗ, приходится не менее 95 % от всех случаев поражений дыхательных путей у детей. Независимо от серотипа вируса (грипп, аденовирус, риновирус, респираторно-синцитиальный вирус), симптомы заболевания в каждом случае схожие: насморк и заложенность носа, повышение температуры, кашель. Вирусные инфекции создают условия для попадания микрофлоры верхних дыхательных путей в полость среднего уха, легкие, околоносовые пазухи, которые в нормальных условиях являются стерильными, и в дальнейшем заболевание развивается уже и по бактериальному пути.

Выделяют два основных признака, детерминирующих частую заболеваемость ОРЗ у детей с эндокринной патологией:

- сниженная способность к синтезу интерферона, белка, являющегося «закоперщиком» иммунного ответа на вторжение в организм чужеродного вируса и обезвреживающего уже проникших в клетку «непрощенных гостей»;
- снижение уровня иммуноглобулина А (Ig A) в слюне по сравнению с редко болеющими детьми. Ig A, этот белок, как составная часть местной иммунной

системы, обеспечивает защиту от вирусов на слизистых оболочках, т.е. выполняет роль своеобразного «пограничника».

Коррекция иммунитета - это целый комплекс мероприятий, стоящий на двух китах: профилактика и лечебное воздействие.

Индивидуальный подход строго обязателен, так как окружающие условия, во многом определяющие этиологию заболевания, в каждом случае имеют свои особенности.

Профилактика рецидивирующих ОРЗ, это в первую очередь, здоровый образ жизни, включающий полноценное и сбалансированное питание, рациональный режим дня, закаливание. Особенно хороши для этого реабилитационные центры, где ребенок получает физиолечение, лечебную физкультуру, посещает бассейн, проводятся занятия с логопедами для развития речи, игровые и музыкальные занятия.

Фармакологическая иммунотерапия – это восстановление функции иммунной системы в целом (иммуномодуляторы) и каждого ее звена в частности (иммунокорректоры).

Как уже было сказано, основная причина возникновения вирусных инфекций - нарушение синтеза интерферона. Поэтому совершенно оправданным в этом случае видится назначение рекомбинантных интерферонов.

Виферон - эффективный препарат широкого спектра действия. Выпускается в форме суппозиториев, мазей и гелей. Мазь Виферон помимо лечения вирусно-бактериальных инфекций с успехом применяется для адаптации детей к детским садикам.

Гриппферон - препарат для лечения гриппа и ОРЗ. Выпускается в виде назальных капель.

Арбидол - это эффективное неспецифическое противовирусное средство.

Гроприносин - относится к классу иммуномодуляторов. Широкая область применения: инфекционные вирусные заболевания, вирус простого герпеса, инфекционные заболевания дыхательных путей, мочеполовой системы, вирусные гепатиты.

Амиксин - таблетки, Россия;

Циклоферон - таблетки, линимент и раствор, Россия;

Анаферон детский - таблетки для рассасывания, Россия.

Статистические данные по ОРИ в АО «РДРЦ» г. Астаны

	2011 год	2012 год
Всего детей	3714	3787
Эндокринных	572	566
Перенесших ОРИ	343	371

Таким образом, из общего количества детей с эндокринной патологией перенесших ОРИ, составляют 60-65 %. По статистическим данным отмечается тенденция к повышению роста простудных заболеваний у детей с эндокринной патологией, что связано с увеличением количества детей получающих реабилитационное лечение в АО «РДРЦ», ростом числа детей со сниженным иммунитетом, с отягощенным преморбидным фоном, с множеством сопутствующих заболеваний и осложнений.

Литература:

1. Шабалов Н.П. Детские болезни. / Учебник в 2-х томах. – Москва, 2009.
2. Шантуров А.Г., Шеврыгин Б.В. Справочник симптомов и синдромов в детской оториноларингологии. – 1985.

Резюме

УКРЕПЛЕНИЕ ИММУНИТЕТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Тугаева Ж.А., Кучербаева З.Т.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Рост простудных заболеваний у детей с эндокринной патологией связан с увеличением количества детей со сниженным иммунитетом, отягощенным преморбидным фоном, с множеством сопутствующих заболеваний и осложнений.

Түйіндеме

ЭНДОКРИНДІ ПАТОЛОГИЯСЫМЕН ЖИІ АУЫРАТЫН БАЛАНЫҢ ИММУНИТЕТІН НЫҒАЙТУ

Тогаева Ж.А., Көшербаева З.Т.

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ, Астана қ-сы

Эндокринді патологиясы бар балалардың тұмау ауыруына шалдығуының өсуі реңінен ауырлығымен көптеген ілеспе аурулармен асқынуларға ұшырауымен иммунитеті төмен балалар санының артуына байланысты.

Summary

IMMUNITY IN SICKLY CHILD WITH ENDOCRINE DISORDERS

Tugayeva Zh., Kucherbayeva Z.

JSC «Republican children's rehabilitation center», Astana

The growth of colds in children with endocrine disorders associated with an increased number of children with reduced immunity, burdened by premorbid background, with multiple co-morbidities and complications.

ИНСУЛИН ГЛАРГИН (ЛАНТУС) – КАК СРЕДСТВО СТАБИЛИЗАЦИИ ГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кучербаева З.Т., Тугаева Ж.А.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Инсулин - это жизненно необходимое средство патогенетической терапии больных сахарным диабетом 1 типа (СД). В конце XX века были получены высококачественные человеческие инсулины, позволяющие в максимальной степени имитировать нормальную физиологическую секрецию инсулина здоровых людей.

Физиологический тип инсулинемии характеризуется непрерывной (базальной) секрецией инсулина и дополнительными выбросами его в ответ на прием пищи (алиментарная инсулинемия). Требования к идеальному препарату базального инсулина включают в себя:

- отсутствие пиков действия (имитация секреции инсулина между приемами пищи – базальная инсулинемия);
- достаточная длительность действия (возможность назначения его 1 раз в сутки);
- воспроизводимое всасывание при введении под кожу различных участков тела, которое обеспечивает максимальную эффективность, безопасность и удобство применения [1].

Структура и фармакокинетика инсулина Лантус

С 2000 года в клинической практике стал применяться длительно действующий аналог инсулина – инсулин гларгин (Лантус) производства компании Авестис. Инсулин **гларгин** получен методом рекомбинации ДНК бактерий вида *Escherichia coli* (штаммы K12). Инсулин гларгин отличается от человеческого инсулина добавлением двух остатков аргинина в конец В-цепи и заменой аспарагина на глицин в положении A21 [2]. Эти две модификации привели к созданию стабильной структуры, которая растворима в кислой среде при рН 4 (раствор Лантуса во флаконе прозрачен) и образует микропреципитаты при введении в подкожную клетчатку с нейтральным значением рН, что замедляет всасывание. Добавление цинка стабилизирует образующиеся преципитаты и увеличивает длительность действия препарата. Инсулин гларгин медленно поступает в кровь без пиков концентрации в течение продолжительного времени и по своей фармакокинетике сходен с непрерывной подкожной инфузией инсулина [2].

Таким образом, инсулин гларгин явился первым беспиковым аналогом человеческого инсулина 24-часового действия.

Результаты применения инсулина гларгина у детей в условиях АО «Республиканский детский реабилитационный центр (АО «РДРЦ»).

За 2012 год в нейроэндокринологическом отделении АО «РДРЦ» получили реабилитационное лечение 223 ребенка в возрасте от 1 года до 18 лет с диагнозом сахарный диабет I типа, из них получали инсулин гларгин - 94 пациента. Курс реабилитации составлял 24 дня. Дети с длительностью сахарного диабета более 1 года и HbA1c составили 15 %. Кроме базального инсулина пациенты получали инъекции короткого инсулина перед каждым приемом пищи. Изменение в дозе

инсулина было очень незначительно и составило 4 МЕ в группе ДПИ (другие продленные инсулины) по сравнению с 2 МЕ в группе Лантуса. Доза базального инсулина в группе Лантуса осталась неизменной по сравнению с ДПИ, где она увеличилась к концу лечения. Выраженные изменения в суммарной дозе инсулина были у детей, которые до исследования получали ДПИ два раза в день. В начальном периоде исследования доза базального инсулина в группе детей, получающих Лантус и включенных в исследование на двух или более инъекциях ДПИ, была снижена на 20 %, а дозы инсулинов короткого действия увеличивались. Лантус защищает ребенка от риска ночных и тяжелых гипогликемий [9]. К концу исследований у детей и подростков не отмечалось статистически значимой разницы в снижении гликированного гемоглобина по сравнению с ДПИ. У детей, получавших Лантус, отмечено снижение глюкозы крови натощак по сравнению с группой ДПИ, а у подростков – более низкий уровень среднесуточной глюкозы крови. У подростков, получавших Лантус, по результатам суточного мониторинга отмечался более стабильный и беспиковый уровень глюкозы крови ночью. Количество ночных гипогликемий имело тенденцию к уменьшению, (особенно в возрасте до 11 лет). При одинаковом уровне гликемического контроля у подростков 12–18 лет количество эпизодов ночной гипогликемии было ниже в группе терапии Лантусом по сравнению с ДПИ.

Собранные в течение исследования данные по фармакодинамике Лантуса у подростков подтвердили его 24-часовой период действия при стабильных значениях глюкозы крови в течение ночи, что соответствует профилю его действия у взрослых. При оценке безопасности Лантуса у детей и подростков нежелательные явления, в том числе серьезные нежелательные явления, связанные с исследуемым препаратом, а также аллергические реакции и изменения в месте инъекции не регистрировались.

Снизилась частота осложнений у детей, получающих инсулин гларгин, а именно диабетическая полинейропатия, диабетическая ретинопатия, липодистрофии гипертрофические в местах инъекций инсулина. Отмечена тенденция к снижению гипогликемий в ночные часы.

Главные положительные качества инсулина Лантус следующие:

- ровный профиль ночной гликемии, снижение частоты ночных гипогликемий, отсутствие необходимости часто контролировать уровень гликемии в ночные часы;
- снижение уровня утренней гликемии, исчезновение феномена утренней зари, возможность более длительного утреннего сна без заметного ухудшения показателей гликемии;
- уменьшение колебаний уровня гликемии в дневные часы, отсутствие необходимости в дополнительных перекусах, меньший риск гипогликемии в дневные часы, в том числе и при занятиях спортом;
- уменьшение количества инъекций продленного инсулина, отсутствие необходимости перемешивать инсулин перед инъекцией.

Все это вызывает повышение качества жизни детей и подростков с сахарным диабетом.

Заключение. Введение в клиническую практику нового аналога человеческого инсулина – беспикового пролонгированного инсулина гларгин Лантус, обеспечивающего более близкий к физиологическому уровень базальной инсулинемии, открывает большие возможности в достижении целевых уровней

углеводного обмена при одновременном снижении риска ночных гипогликемий. Результатом перевода больных на Лантус должно явиться в перспективе снижение частоты развития специфических осложнений сахарного диабета. Повышение качества жизни больных благодаря уменьшению количества инъекций, в том числе и дополнительных «подколов» короткого инсулина, спокойный ночной сон без страха гипогликемии, возможность сделать более гибким режим жизни (например, возможность более длительного утреннего сна), более стабильное течение заболевания – все это создает большую удовлетворенность лечением. Результатом внедрения инсулина Лантус в клиническую практику является повышение оптимизма и уверенности в своем будущем наших пациентов и их родителей.

Литература:

1. Stroup J. et al. *Pharmacotherapy*, 2004, 24 (6), 736-742.
2. Mathaei S. *Insulinanaloga*. In Federlin K. «Therapie des Diabetes mellitus. Aventis, 2004, 8-23.
3. Hershon K., Blevins T., Donley D. et al. *Diabetes*, 2001, 50 (Suppl.2), 117.
4. Pieber T.R., Eugene-Jolchine I, Derobert E. et al. *Diabetes Care*, 2000, 32, 157-162.
5. Rosenstock J., Park G., Zimmermann J. Et al. *Diabetes Care*, 2000, 23, 1137-1142.
6. Raskin P., Klaff L., Bergenstal R. et al. *Diabetes Care*, 2000, 23, 1666-1671.
7. Ratner R.E., Hirsch I.B., Neifing J.L. et al. *Diabetes Care*, 2000, 23, 639-643.
8. Witthaus E., Stewart J., Bradley C. *Diabet. Med.*, 2001, 18, 619-625.
9. Edith Shober, Eugen Schoele, Jacob Van Dyk, and the Pediatric Study Group of Insulin Glargin), Comparative trial between Insulin Glargin and NPH in Children and Adolescents with Type 1 Diadetes Mellitus, *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 2002, Vol. 15, N 4.
10. Touger L. et al. Glargine Insulin in Children Younger than 6 Years with DM T1, *Annu Meet Pediatr. Acad. Soc. Seattle*, May 2003, *Pediatr. Res.* 2003; 53(4): 132, abs 750.
11. Петеркова В.А., Кураева Т.Л., Андрианова Е.А. и др. Сахарный диабет, 2004, 3, 48-51.
12. Porcellatti F., Rossetti P., Pampanelli S. et al. Better long term glycemic control with the basal insulin glargine as compared with NPH in patients with Type 1 diabetes mellitus given meal–time lispro insulin. *Diabet Med.*, 2004, 21 (11), 1213-1220.

Резюме

ИНСУЛИН ГЛАРГИН (ЛАНТУС) – КАК СРЕДСТВО СТАБИЛИЗАЦИИ ГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кучербаева З.Т., Тугаева Ж.А.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

В результате применения гларгина снизилась частота ночных и тяжелых гипогликемий, специфических диабетических осложнений, отсутствовали аллергические реакции в местах инъекций инсулина, стабилизировался гликемический профиль, снизилась кратность инъекций инсулинов, что в целом повышает качество жизни у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа.

Түйіндеме

ГЛАРГИН (ЛАНТУС) ИНСУЛИНЫ – ОҢАЛТУ ЖАҒДАЙЫНДА БАЛАЛАРДЫҢ ЖӘНЕ ЖАС ӨСПІРІМДЕРДІҢ ГЛИКЕМИЯСЫН ТҰРАҚТАНДЫРУ РЕТІНДЕГІ ҚҰРАЛ

Көшербаева З.Т., Тоғайева Ж.А.

АО «Республикалық балалар оңалту орталығы», Астана қ-сы

Гларгинді қолдану нәтижесінде түнгі және ауыр гипогликемияның диабеттік асқынулар жиілігі төмендеді, инсулин егу орнында аллергиялық кері әсер болған жоқ, гликемиялық бейін тұрақтандырылды, инсулиндардың егу ұзақтығы төмендеді, ол бірінші тіпті қан диабетімен балалармен жас өспірімдердің өмір сүру сапасын толығымен арттырды.

Summary

INSULIN GLARGINE (LANTUS) – AS A MEANS TO STABILIZE GLUCOSE LEVELS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN REHABILITATION

Kucherbayeva Z., Tugayeva Zh.

«Republican children's rehabilitation center» JSC, Astana

As a result of glargine decreased the frequency of nocturnal and severe hypoglycemia, specific diabetic complications, there were no allergic reactions at the injection of insulin, glycemic profile has stabilized, multiple injections of insulin decreased, which generally improves the quality of life in children and adolescents with type 1 diabetes.

КОГДА ТОКСИН СТАНОВИТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

Ташетова А.К., Жилкибаев Г.Л., Ахметжанова З.Ж., Жалимбетова Г.А.

Психоневрологическое отделение «Камкор»

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Детский церебральный паралич (ДЦП) в структуре заболеваний нервной системы у детей и подростков занимает одно из ведущих мест. Частота заболеваний - 2-3 случая на 1000 новорождённых детей [1, 2]. Тенденции к снижению заболеваемости до настоящего времени не наблюдается. Также надо отметить, что инвалидность, связанная с нарушением опорно-двигательного аппарата составляет значительный удельный вес в структуре детской инвалидности в целом. В этой связи особую актуальность приобретает снижение перинатальной патологии нервной системы, играющей ведущую роль в возникновении ДЦП, изучение патогенеза тяжёлых форм заболевания, своевременная диагностика и непрерывное лечение с включением новых, эффективных лекарственных препаратов [3].

Традиционно в арсенал средств коррекции двигательных расстройств при ДЦП входило ортезирование, этапное гипсование, оперативные вмешательства, кинезо- и физиотерапия, медикаментозные средства. С 1989 г. для лечения больных с гипертонусом мышц, в том числе пациентов с ДЦП, в мировой медицинской практике применяется ботулотоксин [3].

Ботулинический токсин является самым сильным среди известных на сегодняшний день нейротоксинов. Ботулизм, как острая пищевая токсикоинфекция, известен с XVIII века. Однако прошло сто лет, прежде чем появились первые клинические описания этого заболевания. Установлено, что возбудитель ботулизма продуцирует токсины, которые принято обозначать латинскими буквами (от А до G). Все токсины, кроме С2, являются нейротоксинами. В клинической картине ботулизма преобладают неврологические расстройства, обусловленные нарушением нейромышечной передачи: нарушения глотания, речи, двигательных функций. Финальная стадия заболевания - паралич дыхательных мышц. В начале XX века ученые впервые проявили интерес к ботулотоксинам, а именно к ботулотоксину «А», как возможному лекарственному средству. На сегодняшний день это единственный ботулотоксин, разрешенный для клинического применения [1].

Первые научные исследования ботулотоксина, которые проводили в связи с возможностью его применения как бактериологического оружия, продолжались вплоть до окончания второй мировой войны. Спустя четыре десятилетия, в течение которых разрабатывали технологию очищения и получения кристаллической высокоочищенной культуры, результатами этих исследований заинтересовались клиницисты. Первым применил ботулотоксин в клинической практике американский офтальмолог Алан Скотт. Он ввел ботулотоксин в орбитальную мышцу глаза и описал первые клинические результаты лечения блефароспазма. В 1984 г. появилась первая публикация американских ученых о лечении блефароспазма с применением ботулотоксина. В 1989 г. в США было официально разрешено применение в клинической практике первого лекарственного препарата ботулотоксина «Акулин» (в настоящее время – «Ботокс») для лечения косоглазия, блефароспазма и гемифациального спазма.

В 90-х годах британская фармацевтическая фирма «Спейвуд» разработала оригинальный препарат «Диспорт».

Активность препарата «Диспорт» измеряется так называемыми мышинными единицами. Терапевтические дозы ботулотоксина составляют сотни единиц, а в неврологии при необходимости введения препарата в крупные мышцы - до тысячи единиц. Предполагается, что максимальные терапевтические дозы составляют 1/200 от летальной.

«Диспорт» является препаратом локального действия, который не обладает выраженным системным эффектом. Основным механизмом действия ботулотоксина заключается в блокировании поступления ацетилхолина, который выделяется в ответ на электрический импульс, в межсинаптическую щель. При этом ботулотоксин не влияет на содержание ацетилхолина, блокируя только его выделение. Иными словами, прерывается нервно-мышечная передача и мышца не сокращается в ответ на патологически частые электрические импульсы.

Однако в области заблокированного нервно-мышечного соединения с первых дней введения ботулотоксина взамен выведенных из «строения» нервно-мышечных соединений формируются новые. Время, в течение которого это происходит, и определяет длительность терапевтического эффекта препарата. В большинстве случаев оно составляет от 3 до 12 мес., при этом большое значение имеют индивидуальные особенности организма, режим дозирования и т.д. В связи с тем, что действие препарата «Диспорт» обратимо, инъекции необходимо повторять через определенные промежутки времени.

Выводы: токсин ботулизма можно применять при всех видах спастичности. После инъекций токсина ботулизма быстро наступает положительный эффект, они безопасны, их хорошо переносят взрослые и дети. Уменьшение выраженности боли дает возможность более активно назначать физиотерапию и физические упражнения. Локальное введение токсина ботулизма пациентам с ДЦП позволяет снизить спастичность, расширить диапазон совершаемых движений в соседних суставах, улучшить ходьбу и стояние.

Литература:

1. Орлова О.Р., Яхно Н.Н. Применение Ботокса (токсина ботулизма типа «А») в клинической практике: руководство для врачей. - М.: Каталог, 2000. - 208 с.
2. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / А.Н. Белова, О.Н. Щепетова (ред.). - М., 1998. - С. 26-136.
3. Перхурова И.С., Лузинович В.М., Сологубов Е.Г. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе и некоторые способы коррекции. - М.: Книжная палата, 1996. - С. 34-151.

Резюме

КОГДА ТОКСИН СТАНОВИТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

Ташетова А.К., Жилкибаев Г.Л., Ахметжанова З.Ж., Жалимбетова Г.А.

Психоневрологическое отделение «Камкор»

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

В статье освещается проблема детского церебрального паралича; представлены средства коррекции двигательных расстройств при ДЦП, в частности –

ботулинического токсина типа А. Описывается фармакологическое воздействие препарата на спастичную мышцу. Подчеркивается эффективность и широкое применение ботулотоксина при всех видах спастичности.

Түйіндеме

ТОКСИН ДӘРІ БОЛҒАН КЕЗДЕ

Ташетова А.К., Жылқыбаев Г.Л., Ахметжанова З.Ж., Жәлімбетова Г.А.

«Қамкор» психоневрологиялық бөлімі

«Республикалық балалар оңалту орталығы» АҚ, Астана қ-сы

Мақалада балалар церебралды сал ауруының мәселесі жарықтандырылады; БЦС ауруында болатын қимыл-қозғалыс бұзылыстарының коррекциялық әдістелері ұсынылады, жекелікте – А типтік ботулиндік токсин. Препараттың спастикалық бұлшықетке тигізетін фармакологиялық әсері бейнеленеді. Ботулотоксинның спастиканың барлық түрлерінде кең қолдануы мен тиімділігі атап өтіледі.

Summary

WHEN THE TOXIN BECOMES MEDICINE

Tashetova A., Zhylykbaev G., Akhmetzhanova Z., Zhalimbetova G.

Psychoneurological department “Kamkor”

“Republican children’s rehabilitation center” JSC, Astana

The article covers the problem of cerebral palsy; correction movement disorders are presented by CCP, in particular – botulinum toxin type A. Describes the pharmacological effects of the drug on the spastic muscle. Emphasizes efficiency and the widespread use of botulinum toxin for all types of spasticity.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОГО СЕСТРИНСКОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Тлеулинова Р.Р.

*Старшая медицинская сестра психоневрологического отделения «Болашақ»
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана*

Реабилитация – это полное или частичное восстановление функции, утраченной в результате болезни или травмы.

Традиционно, реабилитация уделяет большое внимание различным программам компенсации, усилия которых в последние годы направлены на поощрение лиц с ограниченными возможностями адаптироваться в обществе, настроиться жить максимально полноценной жизнью.

Основной целью каждой индивидуальной программы реабилитации должно быть улучшение качества жизни ребенка и всей его семьи. Постоянный мониторинг эффективности программы реабилитации и любые услуги реабилитации должны опираться на потребности семьи. Взаимопонимание и очень тесное сотрудничество между семьей пациента и профессионалами реабилитационной команды необходимы для достижения как можно большей эффективности реабилитации.

Вопросы ухода за детьми с детским церебральным параличом (ДЦП) в настоящее время являются актуальными, так как отдельных методик по уходу за данной категорией пациентов не имеется. Поэтому целью данного исследования является разработка и внедрение форм **Первичного сестринского осмотра** детей с ДЦП.

Форма Первичного сестринского осмотра (утверждена приказом Председателя Правления АО «Республиканский детский реабилитационный центр» №124 от «07» мая 2012 года) подлежит заполнению в профильном отделении в течение 24 часов с момента поступления в отделение.

Первичный сестринский осмотр детей с ДЦП в республиканском детском реабилитационном центре проводится с наличием учета следующих рисков:

- инфекционное заболевание и иммунодепрессия;
- повышенная ломкость костей;
- пациенты, получающие медикаменты с высоким риском и противосудорожную терапию;
- высокий риск падения;
- пациенты, находящиеся под риском невнимательного обращения, подверженные насилию, и пациенты до 3-х лет;
- пациенты с зондовым питанием.

Первичный сестринский осмотр включает в себя заполнение следующих пунктов:

- Идентификация пациента – фамилия, имя и дата рождения. Целью этого процесса является точная идентификация (определение) пациентов АО «РДРЦ» на всей территории Центра при любых манипуляциях для снижения риска нежелательных исходов при диагностике и лечении. При поступлении пациента в отделение медицинская сестра регистрирует его паспортные данные и фиксирует на его руке идентификационный браслет.

▪ Дата поступления и время начала осмотра пациента. Осмотр пациента медицинская сестра должна провести в течение 24 часов после поступления в профильное отделение.

▪ Диагноз.

▪ Прибыл (в сопровождении родителя/опекуна, без сопровождения, другого лица). При поступлении в Центр сопровождающее лицо заполняет информированное согласие пациента на обследование и реабилитационное лечение.

▪ Вид поступления. Важно знать: пациент ходит сам или с ходунками/тростью, в коляске, на руках. Если пациент не ходит сам, то инструктора ЛФК должны выдать сопровождающему лицу коляску. Медицинская сестра определяет пациента-колясочника в палате, расположенной ближе к посту.

▪ Язык общения подразумевает под собой функцию речи, функцию общения, язык «тела» и ощущения, влияющие на общение.

▪ Показания жизненно-важных органов; антропометрические данные (вес, рост) и измерение температуры, частоты дыхания (ЧД), артериального давления (АД), пульса (ЧСС).

▪ Инструктаж пациента/семьи по правилам пребывания и распорядку дня в отделении и Центре; правам пациента; личным вещам. Медицинские сестры при поступлении пациента в отделение выдают сопровождающему лицу брошюры по правилам пребывания в отделении и Центре, а также в каждой палате имеется папка с этими правилами.

▪ Опрос пациента/семьи.

▪ Аллергия. Если у пациента имеется аллергия на медикаменты или на пищу, на титульный лист реабилитационной карты и лист назначения необходимо приклеить оранжевый стикер.

▪ Оценка боли. Медицинская сестра заполняет **лист оценки боли**. При необходимости можно провести повторную оценку боли в зависимости от состояния пациента. Тестами для получения информации служит Цифровая шкала оценки боли, применяемая у детей 8 лет и старше, и Шкала гримас Вонг-Бейкера (*Wong-Baker faces pain rating scale*), используемая у детей в возрасте 3 лет и у пациентов с затруднением вербальной коммуникации. Локализация и характер боли, оказанная медицинская помощь, наличие побочных эффектов, дата и время – пункты, подлежащие обязательно заполнению.

▪ Медикаменты, принесенные с собой. Если пациент привез с собой медикаменты, медицинская сестра должна передать членам семьи или старшей медицинской сестре для рассмотрения лечащим врачом.

▪ Сон/отдых. Пункт, определяющий качество сна – сколько часов спит в сутки, спит ли пациент днем, пробуждается ли ночью, были ли раньше проблемы сна, как их решали, что мешает заснуть.

▪ Психологическая и экономическая оценка. Сотрудники профильного отделения должны знать: существуют ли у пациента проблемы в психическом состоянии; благоустроено жилье или нет; количество детей в семье; экономический статус родителей.

▪ Опрос пациента и осмотр систем и органов:

- оценка общего состояния;

- состояние кожных покровов: потливость, сухость кожи; наличие повреждений,

гематом, расчесов, покраснений, сып, синяков, ран;

- зрение: носит очки, контактные линзы; снижено зрение; имеется ли косоглазие;
- ухо/горло/нос: беспокоит ли боль в горле, шум в ушах; заложен ли нос;
- грудная клетка: имеется ли у пациента деформация грудной клетки (килевидная, воронкообразная), втяжение межреберных мышц;
- легкие: кашель, шумное дыхание, одышка;
- желудочно-кишечный тракт: запоры, жидкий стул, тошнота;
- мочеполовой тракт: недержание мочи (энурез); частое мочеиспускание, непроизвольное мочеиспускание; носит ли памперсы;
- опорно-двигательный аппарат: изменение походки; наличие тугоподвижности, контрактур в суставах; гиперкинезы;
- эндокринная система: беспокоит ли жажда, снижение веса, повышение веса, нетерпимость к теплу или к холоду;
- психическое состояние: беспокоит ли головная боль, головокружение, припадки, перепады настроения, депрессия, тревога, проблемы с памятью, гиперактивность, медлительность.

- Оценка питания (нутриционного статуса). Проводится для дальнейшего изучения пациента врачом-диетологом.

- Оценка кожи по шкале Нортон. Медицинские сестры выставляют баллы и подсчитывают общий балл. Если результат в баллах 12 и ниже – есть риск пролежней (каждые 24 часа повторяют оценку риска пролежней).

- Оценка риска падения по шкале Морзе - *позволяет определить риски падения*. Расчеты величины риска не требуют серьезного обследования и, как и модель риска падений Хендрика (*Hendrich II Fall Risk Model*), признаны максимально подходящими для большинства типов медицинских организаций. Результаты тестирования могут обновляться в связи со сменой лекарств, изменениями в функциональном состоянии и другими факторами, которые перечислены в форме Повторной оценки риска падения.

- Функциональный скрининг – выявляет потребность в посторонней помощи при ограниченных возможностях опорно-двигательного аппарата (уход за пациентом, использование вспомогательного оборудования).

- Оценка необходимости обучения пациента/семьи. Сотрудники отделения проводят с пациентами и сопровождающими лицами беседы, тренинги, лекции.

- Планирование выписки (необходимость ухода на дому, потребность в медицинском транспорте при выписке).

- Фамилия, имя, отчество (Ф.И.О.) и подпись сотрудника, проводившего первичный сестринский осмотр:

Первичный сестринский осмотр позволяет учесть индивидуальные особенности пациента, что важно при составлении плана реабилитационных мероприятий и ухода за пациентом. Также данный метод позволяет соблюдать преемственность между медицинской сестрой и лечащим врачом.

В процесс комплексного реабилитационного лечения входит командная оценка пациента, которая проводится в отделении, на 3-5-ый день поступления, в составе врачей, медицинской сестры, инструкторов ЛФК, коррекционно-педагогического коллектива, а также сопровождающего лица пациента. В задачи командной оценки входит постановка целей реабилитации с учетом возможностей пациента. Через 7-10

дней проводится переоценка для прослеживания динамики реабилитационного процесса и состояния пациента.

В Центре за период с 2012 года по 2013 год проведен сравнительный анализ 459 реабилитационных карт (161 - за 2012 г. и 298 – 2013 г.) на предмет оформления Первичной сестринской истории, а также использования шкал по оценке различных рисков. По таблице № 1 видно, что улучшился показатель по оформлению сестринских историй, их своевременное заполнение, уменьшился процент допускаемых ошибок.

По таблице № 2 можно сделать вывод, что медицинские сестры стали правильно оценивать состояние пациентов и проводить переоценку боли и оценку риска падения.

Индикаторы по оформлению Первичной сестринской истории:

1. Своевременное заполнение (в течение 24 часов).
2. Читабельность (разборчивость почерка).
3. Исправления (не допускаются).

Таблица № 1. Индикаторы Первичной сестринской истории

Индикаторы Первичной сестринской истории	2012 год		2013 год	
	Кол-во (161) в %	Ошибки в %	Кол-во (298) в %	Ошибки в %
Своевременное заполнение	50	3	100	0
Читабельность	70	4	100	0
Исправления	65	4	90	1,5

Таблица № 2. Индикаторы по использованию шкал

Шкалы	Риски	2012 год		2013 год	
		Кол-во (161) в %	Неправильная оценка в %	Кол-во (298) в %	Неправильная оценка в %
Шкала Нортон (оценка кожи)	Пролежни	100	6	100	1
Шкала Морзе (оценка риска падения)	Риск падения	100	12	100	3
Оценка боли	Наличие боли	100	8	100	2

В результате анализа были сделаны следующие выводы:

Медицинские сестры стали более внимательно относиться к заполнению Первичной сестринской истории, правильно оценивать состояние пациентов, делать

переоценку риска падения и боли при необходимости. Ведь эти своевременно и качественно проведенные мероприятия облегчают роль медицинской сестры в планировании сестринского ухода и в постановке цели по уходу за пациентом.

Однако деятельность сестринского медицинского персонала регулируется не только актами и правилами. Вспомним, что в философии сестринского дела среди основных понятий присутствуют следующие: «Пациент как личность», «Сестринское дело как наука и искусство». Следовательно, проявление со стороны медицинской сестры готовности к диалогу с пациентом, участия и уважения к его личности – признаки высокого профессионального уровня и личной культуры медицинского работника.

Заключение. В заключении хотелось бы отметить, что миссия АО «Республиканский детский реабилитационный центр» - повышение качества жизни наших пациентов. Соответствующее мировым стандартам оснащение, высококвалифицированный медико-психолого-педагогический персонал (медицинские сестры, прошедшие обучение в г. Каунасе) – далеко не единственные достижения, на которых основывается успешная деятельность Центра. Осознанное стремление к профессиональному росту; ежедневное неукоснительное выполнение процедур, обеспечивающих единый порядок; безопасность и комфорт пациента – неотъемлемые составляющие каждодневной работы для каждого из нас и для всего коллектива республиканского детского реабилитационного центра в целом.

Литература:

1. Методическое пособие «Безопасность пациента». - Перевод с англ. под ред. Проф. Никоновой Е.Л. - Москва, 2010. - Стр. 13.
2. Лекции по уходу за больными. - Факультет ухода за больными. - Каунас, 2012.

Резюме

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОГО СЕСТРИНСКОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Тлеулинова Р.Р.

Старшая медицинская сестра психоневрологического отделения «Болашак»

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

В данной статье обсуждается актуальность ведения Первичного сестринского осмотра пациента, что предоставляет возможность медицинской сестре компилировать, обосновать и взаимосвязать полученную информацию о пациенте для создания информационной базы данных о нем и о его состоянии в момент обращения за помощью.

Түйіндеме

ЦЕРЕБРАЛДЫ САЛ АУРУЫ БАР БАЛАЛАРДЫҢ АЛҒАШҚЫ МЕДБИКЕЛІК ТЕКСЕРУДІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Тлеулинова Р.Р.

«Болашак» психоневрологиялық бөлімінің аға медбикесі

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ, Астана қ-сы

Бұл мақалада алғашқы медбикелік тексерудің маңыздылығы талқыланады. Медбикеге пациент жайлы мәлімет жинақтау, негіздеу және алынған ақпаратты

байланыстыру – пациенттің көмек алуға келген кездегі жайлы мен ол жайлы ақпараттың база жинақтауға мүмкіндік береді.

Summary

FEATURES OF PRIMARY SISTERLY SURVEY OF CHILDREN WITH CEREBRAL PARALYSIS

Tleulinova R.

“Republican children’s rehabilitation center” JSC, Astana

This paper focuses on relevance of nursing pre-assessment recording that afford nurse an opportunity to compile, substantiate, interrelate received information about the patient for creation knowledgebase about him and his state at the health encounter moment.

ШКАЛА «MACS» – КЛАССИФИКАТОР ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Жакенова А.С.

Эрготерапевт психоневрологического отделения «Балбулак»

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Для систематизации данных, полученных в процессе оценки состояния верхней конечности, и для удобства работы с ними в научных кругах предложено множество классификаций, которые можно разделить на две основные группы: оценивающие, в основном ортопедическое состояние конечности (E. Zancolli., J.H. House) и функцию верхней конечности в целом (E. Miller., MACS).

По шкале MACS мы определяем умение пациента выполнять предметно-манипулятивные действия и захват верхними конечностями. Ведь известно, что существует ладонный, щепотной, пинцетный захват.

Классификация по шкале MACS опирается в основном на диагностику ребенка в процессе игры и выполнении бытовых стереотипных действий, а также на опросе родителей. Классификацию по этой шкале могут проводить как врачи, инструктора ЛФК, так и эрготерапевты. Они работают в тесном контакте с врачами и инструкторами ЛФК.

В нашем центре шкалу MACS начали внедрять с октября 2012 года (12 заезд), и по ней активно работают эрготерапевты. В течение нескольких месяцев по этой шкале они проводили апробацию в двух отделениях, и только с 1 заезда 2013 года внедрили во все отделения, с подведением результатов работы и сдачей отчетов по этой шкале.

Для диагностики по шкале MACS эрготерапевты используют различные виды игрушек и мячей, разных по размеру – большие, средние и маленькие.

В соответствии с данной диагностикой выделяют 5 уровней по шкале MACS (классификация функционирования верхней конечности у детей с ДЦП в возрасте от 4 до 17 лет).

1 уровень – конечности используются легко и успешно.

2 уровень – ребенок имеет возможность управляться с большинством предлагаемых игрушек и мячей, однако некоторые действия менее качественны или выполняются медленно. Дети со 2-ым уровнем шкалы MACS стараются облегчить себе процесс манипуляции с предметами (к примеру, использовать поверхность стола для стабилизации предмета, нежели использовать две руки).

3 уровень – возможности затруднены, пациент нуждается в подготовке к действию или вынужден модифицировать действие. Манипуляции замедленны, качество действия и возможное количество повторений ограничено. Определенный набор манипуляций производит после предварительной тренировки.

4 уровень – ограниченная функция; возможно удовлетворительное использование конечности в адаптированной ситуации. Может выполнять действия лишь частично и с ограниченным успехом. Нуждается в постоянной помощи и адаптирующем оборудовании.

5 уровень – практически не функциональная конечность; существенно ограничены даже простые действия. Нуждается в тотальной помощи со стороны.

Как же должен заниматься эрготерапевт с пациентом, чтобы перейти из одного уровня на другой?

Начнем с 5-го, самого сложного уровня. Каждое занятие эрготерапевта должно начинаться с нормализации тонуса рук. Для этой цели делается расслабляющий массаж, различные упражнения. Массаж и упражнения улучшают кровообращение, ускоряют обмен веществ в тканях, расслабляют спастичность, нормализуют мышечный тонус, рефлекторно воздействуют на нервную систему. На таких занятиях мы формируем захват рукой; учим пациента смотреть на игрушку, дотягиваться, дотрагиваться до игрушки. На последующих занятиях учим их брать игрушку в руку, удерживать и подавать; далее мы усложняем манипулятивные действия.

Для 4-го, 3-го, 2-го уровней можно использовать упражнения для нормализации тонуса и координированных движений пальцев и кистей рук.

Например:

- Ребенок опускает кисти рук в посуду, заполненную каким-либо однородным наполнителем (горох, рис, фасоль, гречка), и, как бы месит тесто.
- Насыпаем горох на блюдце. Ребенок большим и указательным пальцами берет горошину и удерживает ее остальными пальцами (как при сборе ягод). Потом берет следующую горошину, потом еще и еще, и так набирает целую горсть. Можно делать это одной или двумя руками.
- Ребенок собирает спички или счетные палочки одними и теми же пальцами разных рук – строим «сруб» из спичек или счетных палочек. Строим высоко и ровно.
- Бельевой прищепкой (проверьте на своих пальцах, чтобы она не была слишком тугой) поочередно «кусаем» ногтевые фаланги от указательного к мизинцу и обратно.
- Ребенок комкает, начиная с уголка, платок или полиэтиленовый мешочек так, чтобы он весь уместился в кулачке.
- Подберите пуговицы разного цвета и размера. Из этих пуговиц можно выложить рисунок.
- Берем два овала и начинаем катать двумя руками.
- Двумя пальцами обеих рук поднимаемся по ребристой доске, как по лестнице. Это упражнение можно делать и одной рукой.

Анализирование и подведение итогов по шкале позволяет эрготерапевтам, врачам и инструкторам ЛФК отмечать динамику работы.

В результате работы по этой шкале отмечались улучшения: в формировании кистевого хвата; увеличились углы плечевого, локтевого и лучезапястного суставов; снизилась спастичность мышц; улучшилась моторика рук и соответственно улучшились овладения навыками самообслуживания и личной гигиены, трудовых навыков.

Использование классификаций по шкале MACS очень важно, поскольку она позволяет лучше прогнозировать результаты лечения; облегчает общение между врачами и другими специалистами, работающими с этим пациентом. Кроме того, оценив функцию верхней конечности после лечения, представляется возможным определить успешность хирургических вмешательств.

Литература:

1. Применение шкалы «MACS» у детей с ДЦП - информация от центра реабилитации «Движение».

2. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия) // Учеб. для студ. высш. учеб. заведений - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. - 608 с.

Резюме

**ШКАЛА «MACS» – КЛАССИФИКАТОР
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Жакенова А.С.

Эрготерапевт психоневрологического отделения «Балбулак»

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

В этой статье дается общая информация о шкале MACS. Описано 5 уровней и предложен комплекс упражнений.

Түйіндеме

**«MACS» МЕЖЕЛІГІ – ҚОЛ, САУСАҚТАРЫН
ҚЫЗМЕТ ЕТУІН ЖІКТЕУ ЖҮЙЕСІ**

Жакенова А.С.

«Балбұлақ» психоневрологиялық бөлімінің эрготерапевті

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ, Астана қ-сы

Бұл мақалада MACS межелігі туралы жалпы ақпарат берілген. 5 түрлі деңгей сипатталған және жаттығулар кешені ұсынылған.

Summary

“MACS” SCALE IS A CLASSIFIER OF THE UPPER LIMBS FUNCTIONING

Zhakenova A.

Ergotherapist of psychoneurological department of "Balbulak"

JSC «Republican children's rehabilitation center», Astana

This article gives you general information about “MACS” scale. Describes 5 levels and puts forward complex of exercises.

РИСКИ ПАДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП И КРИТЕРИИ ИХ ОЦЕНКИ В УСЛОВИЯХ АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»

Байдалина М.Е., Жалимбетова Г.А.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Одной из актуальных задач системы здравоохранения является медицинская и социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями. В последние годы отмечается четкая тенденция роста детской инвалидности в нашей стране. Примерно пятую часть всей детской инвалидности формируют болезни нервной системы, в структуре которых лидирующее положение (от 30 % до 70 %) занимает детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание, приводящее к ранней инвалидизации [1]. В Казахстане, по данным статистики, на учете состоит свыше 10 тысяч детей с диагнозом ДЦП [2].

С сентября 2007 года в г. Астане функционирует АО «Республиканский детский реабилитационный центр», входящий в состав АО «Национальный медицинский холдинг», который оказывает комплексную специализированную медицинскую, социальную, психолого-педагогическую помощь детям и подросткам с 1 года до 18 лет с ДЦП и другими инвалидизирующими патологиями нервной системы.

Риск падения детей с ДЦП очень велик. Нарушение координации движения у таких больных приводит к повышенному риску получения травм и ушибов различной степени тяжести.

Падение определяется как событие, в результате которого человек оказывается непреднамеренно лежащим на земле, полу или каком-либо другом более низком уровне. Травмы, связанные с падениями, могут быть смертельными и не смертельными, но большинство таких травм не смертельны. «Падение пациента» определяется как незапланированное падение на пол, с или без получения травмы пациента.

Падения детей с ДЦП происходят, в основном, в результате отсутствия надлежащего надзора со стороны взрослых; также причинами могут быть особо опасные окружающие условия (например, лестничные проемы, не оборудованные специализированными поручнями, или с отсутствующими перилами и приспособлениями для инвалидов колясок) [3].

Риск падения может произойти в результате несчастных случаев, ведь у всех пациентов с ДЦП есть определенные проблемы: нарушения в двигательной сфере (необычные позы, при которых отсутствует равновесие; расслабленное состояние тела или его выраженная гиперэкстензия с разбросом рук и ног); дезориентация в пространстве; внезапные приступы судорог (часто церебральному параличу сопутствует эпилепсия) – все эти факторы могут привести к падению детей.

Уровень случаев падения у соматических пациентов ниже и, если они и случаются, то они не приводят к тяжелым травмам. 50 % падений случается у детей младше 5 лет. Падения связаны с любопытством и развитием двигательных навыков. К детям с высоким риском получения серьезных травм относятся дошкольники и дети старше 10 лет (вероятность падения в два раза выше, чем у других возрастов); дети с нарушениями в двигательной сфере; дети в инвалидных колясках [3].

Существует ограниченное количество критериев оценки риска падения у детей.

При первом медицинском осмотре медработники оценивают риск падения пациентов по шкале Морзе. Задаются определенные вопросы (например, «падал ли ребенок в последние три месяца?», «есть ли травмы и ушибы?», «ходит ли ребенок самостоятельно?», «психическое состояние») пациентам и их матерям. Каждый вопрос оценивается определенным количеством баллов. Затем баллы суммируются, и выводится среднеарифметическая. После этого присваивается «высокий» или «низкий» риск падения.

Существует 2 вида рисков падения:

1. Высокий риск. Для предотвращения возникновения высокого риска необходимо принимать следующие меры предосторожности:

- обучить пациента и его семью правильно передвигаться (согласно протоколу падений);
- переоценивать риск падения каждые 24 часа;
- совершать обходы в палату каждые 2 часа;
- выделить пациента, надев ему красные браслеты;
- наклеить красный знак снаружи на входной двери;
- сопровождать пациента в кабинеты на консультации к узким специалистам, реабилитационное лечение; в туалет;
- давать пояснения о принимаемых лекарственных средствах (ЛС) и об их побочных действиях (например: головокружение, слабость и др.), что может стать причиной падения;
- обеспечить соответствующей кроватью, установить боковые ограждения (бортики) койки;
- убрать неиспользуемое оборудование/мебель из палаты; держать дверь палаты открытой;
- переселить пациента ближе к сестринскому посту.

2. Низкий риск. С целью предупреждения возникновения низкого риска необходимо:

- предупреждать пациента и его семью о риске падения;
- производить переоценку риска падения раз в 7 дней;
- соблюдать все меры предосторожности;
- ознакомить пациента с местностью;
- устанавливать кнопки вызова в реабилитационных центрах так, чтобы пациент мог дотянуться;
- убрать все предметы и барьеры (шнуры, проводники, провода), создающие опасность для пациента;
- протирать пол насухо, ставить специальные знаки при уборке (пациент, в свою очередь, должен обращать внимание на знак «мокрый пол», просить медперсонал вытереть мокрое пятно на полу).

Уровень падений рассчитывается следующим образом: общее количество падений пациента умножить на 1000 и разделить на общее число койко-дней.

После определения вида риска падения медицинская сестра должна заполнить форму первичного сестринского осмотра и включить в план ухода.

Медицинская сестра отделения обязана проверять общее состояние и самочувствие пациента, целостность и цвет кожных покровов, пульс и частоту дыхания, индивидуальные потребности в уходе (мочеиспускание, потребность в посторонней помощи) в процессе ежедневной переоценки и делать записи в своем

сестринском дневнике.

Любой из сотрудников, если он видит пациента с красным браслетом без сопровождения или без вспомогательного оборудования (ходунки, инвалидная коляска), должен организовать помощь и сообщить медицинским сестрам.

Обязанности сотрудников отделения за профилактику падений.

1. На планерке информировать всех специалистов и сотрудников, участвующих в лечении пациента.
2. Идентифицировать риск падения по браслету или по отметке на идентификационном браслете пациента.
3. Измерить артериальное давление (АД) с целью предотвращения ортостатического гипотонуса.
4. Обратить внимание на факторы, способствующие возникновению риска падения (обезвоживание, инфекция или ухудшение общего состояния); а также на зрение и слух.
5. Проверить принимаемые пациентом медикаменты, их побочные действия.

Обязанности медицинской сестры:

1. Ознакомить пациента и сопровождающее его лицо с правилами пребывания в Центре (в отделении).
2. Провести инструктаж по использованию системы вызова; обеспечить исправность кнопки вызова.
3. По возможности расположить пациента с высоким риском падения ближе к сестринскому посту.
4. Обеспечить наблюдение за пациентами с высоким риском падения во время процедур, посещения туалета и т.д.
5. Проинструктировать пациента по поводу ношения одежды и обуви (рекомендовать ношение обуви с нескользкой подошвой), а также очков, слуховых аппаратов; рекомендовать хранить личные вещи рядом с собой.
6. Информировать инженера по безопасности оборудования (внутренний тел. 1403) о риске возникновения инцидента (например: заледенелые ступеньки, неровный пол, откол кафеля и т.д.).
7. Если риск падения оценен как высокий, необходимо поставить красный знак на браслет пациента и прикрепить красный знак на дверь палаты.
8. По возможности проверять палату пациента каждые два часа и спрашивать его: нужна ли ему помощь, особенно при посещении ванны.
9. Немедленно реагировать на вызов пациента.
10. Даже если у пациента нет высокого риска падения, нужно внимательно следить и сопровождать пациентов, если он/она: импульсивный, беспокойный; жалуется на головокружение, слабость; передвигается с чьей-либо помощью, опирается на стены или предметы; может внезапно упасть.
11. В том случае, если пациент упал, необходимо обеспечить первую помощь: поставить в известность лечащего врача, заведующего отделением, заполнить «отчет об инциденте» и предоставить его в отдел менеджмента качества.
12. Проводить переоценку риска падения ежедневно до исчезновения признаков падения; инцидент анализируется совместно с руководителем подразделения, а также с отделом менеджмента качества и безопасности пациентов.
13. Сделать отчет о состоянии пациента с высоким риском падения во время

передачи смены.

Обязанности старшей медицинской сестры отделения:

1. Проверять исправность всех кнопок вызова/сигналов еженедельно и, особенно, при новом поступлении/заезде.

2. Проверять сестринские записи один раз в три дня.

Санитарки должны:

1. Помогать пациенту по распоряжению медсестры или по просьбе пациента.

2. Реагировать на вызов пациента немедленно.

3. Сохранять в чистоте окружающую среду пациента, вытирать немедленно насухо пол при пролитой жидкости, ставить знак «мокрый пол» при уборке.

4. При возможности убрать с дороги, по которой передвигается пациент, провода, шнуры, кабеля и другие предметы.

5. По просьбе медсестры фиксировать манежи пациента в самой низкой позиции, блокировать положение.

6. Включать свет для пациента в плохо освещенных местах, обеспечив достаточное освещение.

Обязанности инструкторов и педагогов:

1. Информировать коллег о том, что пациент может ходить самостоятельно или о том, что больше не нуждается во вспомогательных оборудованных (колясках) в том случае, если пациент был протестирован, как минимум дважды.

2. Обеспечить пациента соответствующим вспомогательным оборудованием согласно его функциональному статусу.

3. На занятиях ЛФК тренировать подвижность тела (свободное стояние, сидение, ходьба, сочетанные действия), балансирование и координацию движений, а также те функции и движения, выявленные во время оценки риска падения или во время падения, с которыми пациент имеет проблемы.

4. Тренировать технику падения.

5. Проводить специальную когнитивную тренировку с пациентами, имеющими нарушение пространственного восприятия.

Для предотвращения падений используются также фиксирующие меры:

1. Фиксация конечностей при помощи самораскрепляющихся ремней.

2. Надевание ремня безопасности вокруг пояса.

Врач или инструктор ЛФК решает, какой из видов фиксирующих мер подходит для пациента и делает запись в медицинской карте.

При составлении отчета об инциденте используют следующую классификацию:

1. По степени тяжести:

Нет ущерба – нет травмы, не требуется диагностики или лечения.

Минимальный (незначительный) вред – ушиб, ссадина, небольшой разрыв кожи, не требующие практически никакого лечения и ухода.

Средняя степень вреда – вывих, ушиб, разрыв кожи с хирургическим (наложение швов) или сестринским (наложение пластырей, бинтов и холодных компрессов) вмешательством.

Значительный вред – перелом с потерей сознания, изменениями в психическом или физическом состоянии, требующими медицинского вмешательства или консультации.

2. Виды падений:

- случайные;
- непредвиденные/предвиденные;
- связанные с развитием двигательной способности ребенка;
- предотвратимые/не предотвратимые.

Выводы.

Стратегии по профилактике падений должны быть всесторонними и многоплановыми. Они должны:

- придавать особое значение проведению научных исследований и инициатив общественного здравоохранения для дальнейшего определения бремени изменяющихся факторов риска и использования эффективных мер по их предотвращению;

- поддерживать политику по созданию более безопасной окружающей среды и снижению факторов риска;

- стимулировать проведение инженерно-технических работ по устранению потенциальных опасностей, подготовку провайдеров медицинских услуг;

- повышать осведомленность людей и отдельных сообществ в отношении факторов риска падения [4].

Эффективные программы по предотвращению падений должны быть направлены на уменьшение риска падения, показателей падений и тяжести травм в случаях падений. Данные программы могут включать следующие меры для определения и смягчения риска:

1. Проверка бытовой окружающей среды.

2. Проведение таких клинических мероприятий, как проверка медицинских предписаний в случае их изменений (например: дополнительное назначение витамина Д и кальция).

3. Оценка домашних (бытовых) условий и их изменений для детей, уже переживших падения.

4. Учет возраста и размеров тела ребенка при назначении надлежащих вспомогательных устройств.

5. Использование специальных защитных приспособлений (поручни, перила) для детей, передвигающихся самостоятельно; а также использование ремней на инвалидных колясках, бортиков на кроватях для снижения риска падения ребенка во время сна.

Другие перспективные стратегии по предотвращению падений могут включать массовые просветительские кампании (групповые тренинги по обучению мерам профилактики падений и оказанию надлежащей неотложной медицинской помощи в случае падения) [5].

Использованная литература:

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детский церебральный паралич. - Киев: Здоровье, 1988. – 328 с.
2. Булекбаева Ш.А. Разработка и оценка эффективности реабилитационных мероприятий при различных формах детского церебрального паралича.
3. Электронная энциклопедия (<http://www.dikul.net/wiki/>).
4. Шипицина Л.М., Момайчук И.И. Детский церебральный паралич /

Христоматия. - М.: Инст. Общ: Гум. Исслед., 2003. - 519 с.

5. Бюллетень № 344 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/ru/>).

Резюме

РИСКИ ПАДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП И КРИТЕРИИ ИХ ОЦЕНКИ В УСЛОВИЯХ АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»

Байдалина М.Е., Жалимбетова Г.А.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

В статье освещается проблема рисков падения у детей с ДЦП. Разработаны критерии оценки рисков падения в условиях АО «РДРЦ», определяющие проведение профилактических мероприятий по их предотвращению.

Түйіндеме

ЦЕРЕБРАЛДЫ САЛ АУРУЫНА ШАЛДЫҚҚАН БАЛАЛАРДЫҢ ҚҰЛАУ ТӘУЕКЕЛІ ЖӘНЕ ОНЫҢ «РЕСПУБЛИКАЛЫҚ БАЛАЛАРДЫ ОҢАЛТУ ОРТАЛЫҒЫ» АҚ ШАРТТАРЫНДАҒЫ БАҒАЛАУ ӨЛШЕМДЕРІ

Байдалина М.Е., Жәлімбетова Г.А.

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ, Астана қ-сы

Мақалада БЦС ауруына шалдыққан балалардың құлау тәуекелінің мәселелесі жарықтандырылады. «РБОО» АҚ шарттарындағы құлау тәуекелінің бағалау өлшемдері және оның алдын алу профилактикалық іс-шаралар жүргізуі әзірленеді.

Summary

THE RISKS OF FALLS AT CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY AND THE CRITERIA FOR THEIR EVALUATION IN TERMS OF THE “REPUBLICAN CHILDREN'S REHABILITATION CENTER”

Baidalina M., Zhalimbetova G.

«Republican children rehabilitation center» JSC, Astana

The article covers the problem of the risks of a fall in children with CP. Developed criteria for assessing the risks of a fall in terms of “RCRC” JSC, determine preventive measures for their prevention.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ «РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ» В РАМКАХ IV НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА ПО БОЛЕЗНЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ



Казахстанским респираторным обществом, совместно с Евро-Азиатским респираторным обществом, Исполнительным комитетом GARD Всемирной Организации Здравоохранения при поддержке МЗ РК 4-5 июля 2013 г. в г. Астане состоялся IV Национальный Конгресс по болезням органов дыхания и 8-ое совещание Глобального альянса по борьбе с хроническими респираторными заболеваниями (GARD).

Научная программа Конгресса включала в себя симпозиумы, школы для врачей, семинары, круглые столы, клинические разборы по наиболее актуальным вопросам респираторной медицины. Во время Конгресса проводилась выставка лекарственных препаратов, медицинского оборудования, новых технологий.

В Конгрессе приняли участие врачи различных специальностей, включая пульмонологов, терапевтов, педиатров, врачей общей практики, отоларингологов, фтизиатров, торакальных хирургов, реаниматологов, аллергологов, фармакологов, реабилитологов, организаторов здравоохранения, международных лидеров в области респираторной медицины из 26 стран мира.

В рамках Конгресса 4 июля состоялся Международный симпозиум «Реабилитация в пульмонологии». Организатором Симпозиума явился АО «Республиканский детский реабилитационный центр» г. Астана.

Спикеры Симпозиума: проф. Солимене У. (Италия) с докладом «Prevention and Medical Treatments of Chronic respiratory Diseases with thermal waters. The role in the National Health Systems in Europe», Чаурская Н.В. (Россия) с докладом «Modern technologies in the aerosol therapy equipments for the treatment of Chronic Respiratory diseases», Булекбаева Ш.А. (Казахстан) с докладом «Респираторные заболевания у детей с органическим поражением нервной системы».

На Симпозиуме профессор У. Солимене вручил Булекбаевой Ш.А. орден Миланского университета за заслуги в развитии водолечения, климатолечения и реабилитации в Казахстане и сотрудничество со Всемирной Федерацией водолечения и климатолечения в области биоклиматической медицины, биотехнологии и природных ресурсов.

В работе Симпозиума и обсуждении докладов активное участие приняли директор Республиканского детского клинического санатория «Алатау» Диканбаева С.А. и Президент Национальной Медицинской Ассоциации РК.



Садыкова А.Б.

В работе Симпозиума приняли участие 144 медицинских работника из разных организаций, в том числе из регионов Республики Казахстан, а также представители медицинской общественности ближнего зарубежья. Всем участникам симпозиума были выданы сертификаты международного образца об участии.



**НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, В КОТОРЫХ
ПРИНИМАЛИ УЧАСТИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ АО «РДРЦ»
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ**

№	Дата	Тема конференции	Место проведения	ФИО, должность участников	Результат участия
1	15-16 января	Инновационные методы диагностики и лечения эпилепсии. Взаимодействие психоневрологических и нейрохирургических служб и общественного объединения SVSnevro в оказании помощи пациентам с эпилепсией	г. Алматы	Ризванова А.Р., заместитель медицинского директора по науке и образованию	Слушатель
2	5-6 апреля	Школа эндокринологов	г. Алматы	Тугаева Ж.А., врач эндокринолог	Слушатель
3	16-19 апреля	IV Международный медицинский форум (II выставка международного туризма)	Украина, г. Киев, ВЦ «Киев Экспо Плаза»	1. Тайтубаева Г.К., начальник отдела медицинской реабилитации 2. Жилкибаев Г.Л., врач невролог	Участие
4	22-24 апреля	Пограничные психоневрологические состояния в детском возрасте	г. Алматы	Ташетова А.К., зав. отд. Кадырова А.Ж., врач психиатр	Слушатели
5	3-4 июня	IV Балтийский Конгресс по детской неврологии при поддержке ICNA (International child neurology association)	Россия, г. Санкт-Петербург	1. Булекбаева Ш.А., Председатель Правления 2. Ризванова А.Р., зам. мед. директора по науке и образованию	Доклад «Организация медико-социальной помощи детям с заболеваниями нервной системы в АО «Республиканский детский реабилитационный центр» - Булекбаева Ш.А. 2 постерных доклада: «Применение ортезов в реабилитации пациентов со специфическими нуждами» – Сейсембеков Т.А. «Показатели эффективности реабилитации детей с последствиями перинатальных поражений ЦНС»-Ризванова А.Р.

6	21-23 июня	Вопросы реабилитологии 11-ый Конгресс Европейской Ассоциации аудиологов и сурдологов	Китай, г. Урумчи	1. Булекбаева Ш.А., Председатель Правления 2. Байдарбекова А.К., врач невролог отделения «Бобек» 3. Исканова Г.О., врач невролог отделения «Балбулак»	Доклад «Совершенствование детской реабилитационной службы Республики Казахстан» - Булекбаева Ш.А
7	19-22 июня	11-ый Конгресс Европейской Ассоциации аудиологов и сурдологов	Венгрия, г. Будапешт	Айтжанов Б.М., ЛОР врач	Слушатель

МАСТЕР-КЛАССЫ

№	Дата	Тема мастер-класса	Страна, клиника	Приглашенный специалист
1	28 января - 8 февраля	Биотехнические и медицинские аппараты и системы с использованием обратной связи Россия, г. Санкт-Петербург	НОУ «Институт биологической обратной связи»	Слепенков Д.В., старший преподаватель НОУ «Институт БОС»
2	10-14 июня	Новые методы кинезотерапии и эрготерапии в нейрореабилитации детей и подростков Южная Корея, г. Сеул	Госпиталь «Сент Мэрис» при Католическом Университете	Доктор Пак Бён Сон, детский врач-физиотерапевт

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СЕМИНАРЫ

№	Дата	Тема мастер-класса	Страна, клиника	Приглашенный специалист
1	18-23 февраля	Основы нейропсихологии и нарушения речи	Россия, г. Москва Институт дефектологии и медицинской психологии	Малюкова Н.Г., медицинский психолог высшей категории, кандидат психологических наук, преподаватель Фридман Т.В., врач невролог высшей категории
2	13-18 мая	Основы нейропсихологии и нарушения речи	Россия, г. Москва Институт дефектологии и медицинской психологии	Малюкова Н.Г., медицинский психолог высшей категории, кандидат психологических наук, преподаватель Фридман Т.В., врач невролог высшей категории

Подробнее хотелось бы остановиться на некоторых мероприятиях, вызвавших наибольший интерес у специалистов Общества:

16-19 апреля 2013 года в г. Киеве, в Выставочном Центре «КиевЭкспоПлаза» состоялся IV международный медицинский форум – масштабное комплексное мероприятие инновационной направленности отрасли здравоохранения Украины, которое объединяет мощную научно-практическую программу, школы, выставки и специализированные экспозиции и создает международную платформу для обмена опытом и повышения квалификации специалистов здравоохранения.

Основная цель форума – создать широкую междисциплинарную платформу для конструктивного диалога ученых, практикующих врачей, специалистов, производителей, поставщиков и потребителей медицинской техники и услуг, охватив все направления данной области – от теоретических до практических аспектов. Для врачей смежных специальностей – это возможность повысить уровень квалификации, получить новые знания, обменяться опытом, расширить и усовершенствовать практические и теоретические навыки, узнать о новых методах и методиках в лечении, а также ознакомиться с инновационными технологиями, профессиональным современным оборудованием, новыми фармацевтическими препаратами.

Традиционные мероприятия, которые состоялись в рамках форума: практическая конференция для частных медицинских учреждений, специальные программы по медицинской радиологии и лабораторной медицине, научно-практическая конференция достижений в нейрохирургии, мероприятия по медицинской и физической реабилитации, мероприятия для терапевтов и семейных врачей, семинары для гастроэнтерологов и др. Впервые прошли научно-практические мероприятия, посвященные актуальным проблемам кардиологии. В этом году в рамках специального проекта MEDZoom (специальная зона мастер-классов и практических школ) состоялись Украинская лабораторная школа, школа ультразвуковой и функциональной диагностики, школа экстренной медицинской помощи, Международная школа по реабилитационной терапии, Украинская школа медсестринства.

Одновременно с форумом состоялась II Международная выставка медицинского туризма, SPA&Wellness – Healthcare Travel Expo, участниками которой стали ведущие клиники, медицинские и реабилитационные центры, санаторно-курортные учреждения, SPA&Wellness курорты Австрии, Израиля, Латвии, Литвы, Турции, Финляндии, Чехии, Польши, Болгарии, Малайзии, Словакии, Кубы, Швейцарии, Хорватии, Германии, Венгрии, Иордании, Казахстана, России, Украины и др.

Экспозиционная часть форума объединила Международную выставку здравоохранения – MEDICAEXPO и Международную фармацевтическую выставку – PHARMAEXPO. В статусе социального партнера форума выступил благотворительный фонд Рината Ахметова «Развитие Украины», специальным подарком которого для всех женщин — посетительниц форума стала возможность бесплатной комплексной диагностики репродуктивной системы в передвижном медицинском комплексе «Мобильная женская консультация».

Состоялась встреча с профессором Владимиром Ильичом Козьявкиным – украинским врач-неврологом, мануальным терапевтом, Генеральным директором Международной клиники восстановительного лечения, разработчиком одной из современных систем реабилитации больных детским церебральным параличом и главным детским неврологом Украины Мартынюком В.Ю.



IV БАЛТИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ
посвященный 80-летию первой в Европе
кафедры детской неврологии 3-4 июня 2013 г.
г. Санкт-Петербург

3-4 июня 2013 года в г. Санкт-Петербурге состоялся IV Балтийский конгресс по детской неврологии, посвященный 80-летию первой в Европе кафедры детской неврологии. Конгресс прошел при участии ICNA (International Child Neurology Association).

Медицинская специализация делегатов, принявших участие в конференции, была представлена следующими направлениями: детская неврология, неврология, неонатология, психиатрия, ортопедия и травматология, реабилитология, нейрохирургия, нейрофизиология, эпилептология, вертебрология, генетика, педиатрия, фармакология, медицинская техника, специалисты организации здравоохранения из России и стран СНГ.



Зарубежные страны представлены лекторами из Швеции, Канады, Бельгии, Австралии, Финляндии, Индии, США, Южной Африки; а также делегатами из Белоруссии, Украины, Узбекистана, Таджикистана, Киргизии, Туркмении, Казахстана, Эстонии.

- В рамках научной программы конгресса состоялись:
- Лекция по истории первой в Европе кафедры детской неврологии.
- Научно-практическая школа для детских неврологов России при участии ICNA (International Child Neurology Association), включавшая 9 лекций иностранных специалистов, членов ICNA.

- Совещание Главных внештатных детских специалистов неврологов РФ.
- 7 секционных заседаний по направлениям:
 - неонатальная неврология и неврология развития, последствия и реабилитация перинатальных поражений ЦНС у детей;
 - инфекционные и иммунные поражения нервной системы и их последствия;
 - когнитивная и поведенческая неврология детского возраста;
 - пароксизмальные расстройства сознания у детей;
 - ДЦП – организация помощи, клиника, диагностика, лечение;
 - сосудистые заболевания головного мозга у детей и подростков;
 - перспективные лечебно-организационные вопросы в детской неврологии.

Также плодотворно прошли:

- Дискуссионный клуб по вопросам неврологии.
- Экспертный совет «Разработка клинических рекомендаций по ведению пациентов с туберозным склерозом».
 - Мастер-класс по лечению эпилепсии у детей и подростков.
 - Круглый стол «Проблема редких заболеваний. Острая перемежающаяся порфирия: алгоритм диагностики и лечения».
 - Экспертный совет по эпилептологии.
 - Конференция эпилептологов Северо-Запада.
 - Демонстрация электронных постерных докладов с последующей публикацией на сайте.
 - Симпозиум «Первичный ночной энурез у детей с точки зрения нефролога, невролога и уролога».
 - Школа по туберозному склерозу.

На заседаниях было представлено 98 докладов.

Казахстанскую реабилитационную службу представила в своем докладе «Организация медико-социальной помощи детям с заболеваниями нервной системы в АО «Республиканский детский реабилитационный центр» Председатель Правления АО «РДРЦ» Булекбаева Ш.А.

Также были представлены 2 постерных доклада:

- «Применение ортезов в реабилитации пациентов со специфическими нуждами» – заведующий Лабораторией моделирования и ортезирования Сейсембеков Т.А.
- «Показатели эффективности реабилитации детей с последствиями перинатальных поражений ЦНС» – заместитель медицинского директора по науке и образованию Ризванова А.Р.

Подводя итоги прошедшего конгресса, можно уверенно сказать о том, что со стороны детских неврологов и специалистов смежных специальностей была продемонстрирована заинтересованность в июньских встречах в Санкт-Петербурге. Особенно важным представляется интеграция детских неврологов в мировое сообщество, возможность услышать доклады известных специалистов из разных стран и, в свою очередь, представить наши достижения для обсуждения на самом высоком уровне.



21-23 июля 2013 года врачи неврологи Центра во главе с Председателем Правления АО «РДРЦ» Шолпан Адильжановной Булекбаевой посетили **Китайскую Народную Республику, г. Урумчи**, где проходила **научно-практическая конференция, посвященная вопросам реабилитологии.**

Наши коллеги прослушали доклады ведущих китайских ученых-медиков:

1. Профессор Гао Муронг (госпиталь г. Тайпей) - «Административный менеджмент и тенденции развития реабилитационной медицины в Тайване».

В докладе профессора прозвучали отличительные особенности реабилитационной службы в Китае от Казахстанской:

- все необходимое пациенту оборудование (ходунки, коляски, вертикализаторы и пр.) после выписки из клиники выдается пациенту домой в аренду до 2 месяцев (до приобретения);

- за дополнительную оплату вся группа специалистов (врач, инструктор ЛФК, логопед и педагоги) выезжают к пациенту на дом для коррекции дальнейшего плана реабилитационного лечения;

- каждый ухаживающий за пациентом по существующему законодательству имеет право на 2-х недельный отдых в году за счет государства (государство в это время обеспечивает пациента социальным работником, продолжающим уход за больным).

2. Профессор Ян Тиебин (Мемориальный госпиталь Сан Ят-Сен) выступил с двумя содержательными в инновационном аспекте докладами:

- «Функциональная электростимуляция в реабилитации инсультов».

Электростимуляция в Китае очень широко используется не только в лечении неврологических расстройств, но и при заболеваниях сердца, мочевого пузыря и при проблемах с глотанием. Подчеркивалось, что электростимуляция пораженных после инсульта мышц особенно эффективна при выполнении физических упражнений, т.е. пациент использует портативный (карманный) электростимулятор на батарееке в процессе занятий ЛФК, ходьбы или бега.

- «Анализ движений, теории контроля движений, использование техник виртуальной реальности для занятий контроля движений».

Гониометрию суставов пораженной конечности (на конечность надевается только манжетка с датчиком) можно проводить в течение нескольких секунд с помощью представленной аппаратуры (компьютер с монитором плюс манжетка), которая позволяет отслеживать движения конечности на экране.

3. Доктор Шейла Пурвес (Гонконгское сообщество реабилитологов Всемирной организации здравоохранения) - «Интегрирование реабилитации для неврологических больных: от клиники в массы».

Представитель ВОЗ из сообщества реабилитологов мира заявила, что основной проблемой считает интеграцию проблем реабилитации в общество; решение социальных проблем, связанных с устранением причин, приводящих людей в инвалидное кресло. Одним из важных аспектов реабилитологии отметила необходимость обучения семьи пациента.

Проблемы казахстанской реабилитологии представила в своем докладе «Развитие детской реабилитации в Республике Казахстан» Шолпан Адильжановна, который вызвал живой интерес со стороны китайских коллег.

В ходе конференции наши врачи приняли участие в совещании, посвященном подписанию меморандума между центрами; посетили клинику.

При знакомстве с клиникой и непосредственно с отделением реабилитации обратила на себя внимание мощная современная оснащённость кабинетов эрготерапии, физиолечения и ЛФК с наличием множества различных тренажеров для занятий с пораженными конечностями (отделение взрослой реабилитации). Кроме того, отмечено удобное расположение сестринского поста в отделении, красочно оформленные информативные стенды в холлах, наличие обширной, прилегающей к клинике, территории с прогулочными аллеями и собственным парком.

19-22 июня 2013 г. в Венгрии, г. Будапешт прошел **11 Конгресс Европейской Ассоциации аудиологов и сурдологов**. В Конгрессе приняло участие более 200 аудиологов и сурдологов из разных стран мира. Более 20 фирм представили свое оборудование в области сурдологии и аудиологии, самые крупные из них – фирмы «Кохлео», «Медель», «Адванс байоник», «Сименс» и др. Председателем EFAS 2013 был Йозеф Геза Кисс.

Целью конференции являлось проведение оценки результатов работы со слабослышащими детьми. Обсуждались результаты научных исследований в области тестирования слуха, которые впервые одновременно проводили 10 стран Европы по специальной программе. Были прослушаны и вызвали наибольший интерес такие тематические направления, как реабилитация после кохлеарной имплантации, скрининг слуха у новорожденных, современная диагностика нарушений слуха у детей и методы их реабилитации.

Программа конференции была разбита на секции и проходила в трех залах, где докладчики выступали с различными темами по данной проблеме. Для участников предоставлялась возможность выбирать ту или иную интересующую их тему.

В условиях АО «РДРЦ» планируется внедрить применение тестов для оценки слухоречевого развития у детей.

10-14 июня 2013 г. в рамках подкомпонента «Развитие передовых клинических направлений/технологий» по бюджетной программе 031 «Внедрение международных стандартов в области больничного управления» проведен мастер-класс на тему: **«Новые методы кинезотерапии и эрготерапии в нейрореабилитации детей и подростков»** с приглашением доктора *Пак Бён Сон* из *Южной Кореи*.

Доктор *Пак Бён Сон* является детским врачом-физиотерапевтом в *госпитале «Сент Мэрис» при Католическом Университете г. Сеул*. Основное направление его деятельности – реабилитация новорожденных и недоношенных младенцев на ранней стадии ДЦП.

Количество слушателей составило 40 специалистов, из них 35 сотрудников Общества, 5 человек из регионов (3 врача и 2 средних медработника). По окончании мастер-класса специалистам были выданы сертификаты.

В ходе мастер-класса были прослушаны следующие темы:

1. Нормальное развитие ребенка и церебральный паралич (ЦП).
2. Ходьба при ЦП и нормальное развитие (Walking pattern of Cerebral palsy and Normal child).
3. Церебральный паралич при перивентрикулярной лейкомаляции и терапия

(Cerebral palsy due to Periventricular leukomalacia and treatment).

4. Gross Motor Functional Measure (GMFM), как инструмент оценки международного уровня для Spasticity control (контроль спастичности), botox injection (инъекции ботокса), orthotics (ортопедическое вмешательство).

5. Церебральный паралич у недоношенных и лечение (Cerebral palsy due to prematurity and treatment).

6. Тест по Денверу (Denver Development Screening Test) – международный скрининг-тест DDST при задержке психического развития.

7. Классификация модели походки при ДЦП, спастической диплегии и гемиплегии (Classification of gait pattern of spastic diplegia and hemiplegia) – понятие, критерии определения для назначения инъекции Ботокса, ортеза.

8. Гиперкинезы и Керниктерус (Hyperkineses due to kernicterus).

Лекции сопровождались практическими занятиями:

1. Демонстрация различных методов кинезотерапии при спастической диплегии и квадриплегии (Treatment demonstration of spastic diplegia and quadriplegia) – перенос центра тяжести посредством использования оси верхних и нижних конечностей; перенос центра тяжести с использованием перекреста оси верхних и нижних конечностей для принятия положения сидя из положения лежа (prone to sit); перенос центра тяжести с верхней части тела на нижнюю часть тела, удержание баланса в положении стоя на коленях (kneel standing posture).

2. Практическое применение шкалы GMFM (начальная позиция при оценке, выставление баллов и подсчет баллов) для контроля спастичности, проведения инъекции ботокса и ортопедического вмешательства.

3. Проведение теста Денвера (DDST).

4. Оценка крупной моторики по шкале GMFM – корректировка ошибок при проведении оценки, подсчет конечного результата оценки, представление оценки своего случая через запись (Case recordings).

5. Практическое применение шкал GMFM, DDST и MRI, CT, X-ray при ЦП со спастической диплегией, квадриплегией и гиперкинетической формой, вызванной ядерной желтухой (Quadriplegia & Hyperkineses due to kernicterus).

Инновационными в диагностике и восстановительном лечении ДЦП стали следующие методики:

1. Правильное применение шкалы GMFM (начальная позиция при оценке, выставление баллов и подсчет баллов) для контроля спастичности, проведения инъекции ботокса и ортопедического вмешательства.

2. Тестирование детей с задержкой психоречевого развития по Денверу (DDST).

4. Коррекция ошибок, подсчет конечного результата оценки и его фиксация посредством записи (Case recordings) с использованием шкалы GMFM при оценке крупной моторики.

5. Применение шкал GMFM, DDST и MRI, CT, X-ray в диагностике и лечении ДЦП со спастической диплегией, двойной гемиплегией и гиперкинетической формой.

Ознакомившись с новыми методами реабилитации детей с ДЦП, в частности, кинезотерапии и эрготерапии, специалисты АО «РДРЦ» планируют внедрить и широко применять в работе использование шкал и тестов для определения интеллектуальных, двигательных возможностей у детей с ДЦП и др. заболеваниями опорно-двигательного аппарата с целью дальнейшей их социальной адаптации.

9-20 июля 2013 года с целью повышения профессионального уровня медицинских кадров Общества проведено **менторство** (передача зарубежными специалистами опыта и знаний на рабочем месте) на тему: «Основы нейропсихологии и патологии речи» с привлечением специалиста из Центра патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы.

Малюкова Наталья Георгиевна – медицинский психолог высшей категории, кандидат психологических наук, преподаватель.

Менторская работа проводилась с медицинским (врачи неврологи) и педагогическим (логопеды, психологи, игротерапевты, музыкотерапевты, эрготерапевты, воспитатели) коллективом РДРЦ – 83 человека, в виде лекционных занятий и практической работы ментора в каждом клиническом отделении.

Слушатели лекций получили (на электронных носителях) раздаточный материал, необходимый для организации и проведения практической работы (список литературы, электронные варианты книг, протоколов и схем нейропсихологического обследования, систем современной количественной оценки когнитивных нарушений и пр.).

В ходе ежедневных лекционных занятий были рассмотрены актуальные темы современной нейропсихологической диагностики и коррекции искажений когнитивного развития детей:

1. Специфика нейропсихологического обследования детей.
2. Практическое проведение нейропсихологического обследования: схема, инструкции, особенности записи (протоколирования) хода и результатов обследования, количественная оценка полученных результатов.
3. Правила написания нейропсихологического заключения по результатам обследования когнитивных функций.
4. Возрастные нормативы и алгоритмы нейропсихологического обследования детей разных возрастных групп.
5. Основные нейропсихологические синдромы в детском возрасте.
6. Основные принципы и алгоритмы нейропсихологической коррекции.
7. Построение программы когнитивной нейрореабилитации (понятие цели, подбор методов, определение степени нагрузки) и оценка динамики восстановления.
8. Особенности развития леворуких детей и направления коррекционно-развивающей работы.
9. Формирование произвольного контроля и внимания у детей с нарушением развития когнитивных функций.

Демонстрировались учебные фильмы, иллюстрирующие теоретические положения.

Проводились клинические разборы 40 пациентов. Работа с ними велась по оптимальной схеме: анализ истории болезни; демонстрация нейропсихологического обследования; интерпретация (качественная и количественная) результатов обследования; определение программы когнитивной нейрореабилитации пациента; обсуждение (ответы на вопросы специалистов). Родителям или лицам,

сопровождающим больного ребенка, давались рекомендации.

В ходе практических занятий (клинических нейропсихологических разборов) сотрудники отделений:

- Познакомились с основными нейропсихологическими понятиями; принципами системогенеза, состава психологической функциональной системы и ее мозговой структуры;

- Овладели навыками составления плана клинической беседы с ребенком, по результатам которой можно проводить общую характеристику ребенка, корректурную пробу у детей разных возрастных групп и уметь трактовать ее результаты; дать характеристику ориентировке, адекватности, критичности ребенка в баллах; уметь исследовать латеральные предпочтения: моторную асимметрию (функциональную асимметрию рук, ног и тела), сенсорную асимметрию (слухоречевую и зрительную).

- Изучили современные методические подходы к изучению деятельности мозга человека, основные особенности морфогенеза мозга человека, возрастные периоды функционального развития ребенка, понятия о трех функциональных блоках мозга в контексте с детской нейропсихологией, особенности генеза психических функций.

- Получили навыки проведения нейропсихологического исследования функций гнозиса и праксиса, памяти, интеллектуальной деятельности и речи.

- Ознакомились с диагностикой кинестетической, пространственной, динамической диспраксии, дисгнозии, слухомоторной координации, зрительно-конструктивной диспраксии, зрительной дисгнозии, слухоречевой, зрительной дисмнезии, нарушений зрительно-пространственного мышления.

- Ознакомились с нейропсихологической симптоматикой, проявляющейся в синдромах несформированности (префронтальных отделов мозга, левой височной доли, межполушарных взаимодействий, правого полушария), синдромов дефицитарности (подкорковых образований, стволовых образований мозга, дисгенетического синдрома), атипичности психического развития; нейропсихологические особенности детей с умственной отсталостью, заиканием, нарушением слуха и зрения.

- Познакомились с основными принципами и формами коррекционно-развивающего обучения, методами развития личности ребенка, а также двигательной и когнитивной коррекции.

- Овладели умениями подбора патогенетически ориентированных методов когнитивной реабилитационной программы по результатам нейропсихологического обследования ребенка.

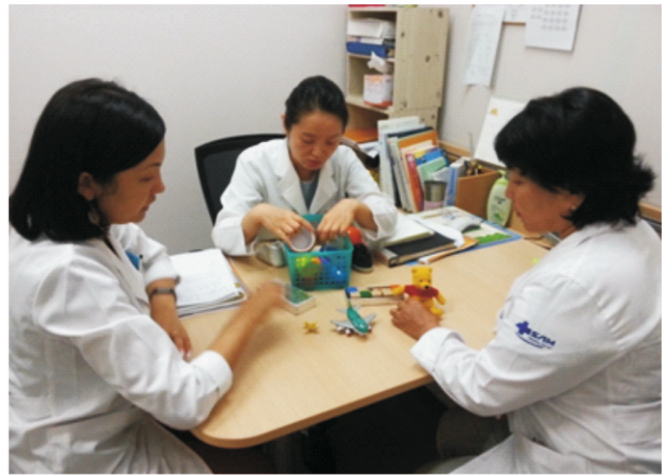
По результатам проведения менторской программы был проведен анонимный опрос 50 участников менторства.

Все опрошенные сочли темы лекционных занятий интересными, полезными для практической деятельности. Материал был подан систематизировано, доступно; иллюстрирован клиническими примерами. Положительные отзывы были и о проведенных практических занятиях в отделениях.

Наиболее актуальными были названы темы алгоритмов нейропсихологического обследования детей разных возрастных категорий и формирования реабилитационных программ с учетом выявленной симптоматики.

Были высказаны пожелания более глубокого освоения темы нейропсихологического подхода к коррекционно-развивающему обучению детей с ранними органическими поражениями мозга, а также работы по развитию речи у данной категории детей, продолжение обучения по нейропсихологии.

С 22 мая по 22 июля 2013 года, в Южной Корее, провинции «Кенги-до», г. Сувон прошли стажировку 2 специалиста Центра: Каладинова Т.И. (врач БОС кабинета) и Тажибаева Д.Т. (врач ЛФК) по программе международной стипендии Президента Р.К. «Болашак», по специальности Медицинская реабилитология.



Цель стажировки: Изучение текущего состояния и перспективы развития реабилитологии Южной Кореи для дальнейшего улучшения медицинской реабилитации в Казахстане.

В течение первой недели были прослушаны лекции на темы:

- Организация общественного здравоохранения.
- Управление детской больницей и лечение больных детей.
- Организация паллиативной и реабилитационной помощи.
- Аккредитация по стандартам JCI.
- Система архивирования медицинской документации.

В течение 2-х месяцев обучение проходило на клинической базе университета «Аджу», медицинского госпиталя «СЭМ», реабилитационного центра «Бобат», Католического госпиталя «Святого Винсента», где проводилось как теоретическое, так и практическое освоение учебного материала.

Принимали активное участие в дискуссиях и обсуждениях реабилитационной службы Казахстана и Южной Кореи, с анализом слабых и сильных сторон, возможности дальнейшего улучшения.

Еженедельно проводились выезды в лечебные учреждения провинции Кенги-до, некоторые из которых входят в десятку лучших организаций Южной Кореи (Медицинский центр «Менджи», «Dream Pharma», «Вильмса», центр социальной реабилитации, выставочный комплекс «Samsung Electronics», производство лазерного оборудования «Luctronic»).

В реабилитационном отделении клиники «Аджу» работают следующие специалисты: реабилитолог, физиотерапевт, гидрокинезотерапевт, специалист «occupation», психолог, логопед, социальный работник. Все кабинеты специалистов

оснащены современным оборудованием. Отличительной особенностью этого отделения является то, что такие специалисты, как физиотерапевт и трудотерапевт владеют навыками изготовления ортезных изделий. Это эффективно влияет на положительный результат лечения. База обучения медицинского центра Аджу успешно аккредитована по системе JCI в 2011 году; очередная аккредитация ожидается в 2014 г. Именно с применением данной системы сотрудники Аджу считают, что качество предоставляемых услуг перешло еще на более высокий уровень.



Медицинский центр «СЭМ» является ведущим международным онкологическим центром по лечению иностранных пациентов. Он был основан в 1967 г. в Анянге. Здесь предоставляют высококвалифицированное медицинское обслуживание под девизом «Подари любовь ближнему своему». В состав медицинского центра «СЭМ» входят: онкологический центр, больница для женщин, центр традиционной медицины, центр по лечению суставов, больница неврологического и нейрохирургического профиля. Врачи реабилитологи больницы «СЭМ» владеют несколькими методиками диагностики и лечения. Мы ознакомились с методом «Pain in musculoskeletal System», а также с игольчатой ЭМГ.

Bobath Memorial Hospital основан в 2002 г., назван в честь супругов Карел и Берты Бобат. В состав госпиталя входят гериатрический центр обслуживания, центр нейрореабилитации головного мозга, лечебный центр hospice, health promotion центр, дом сестринского обслуживания, отдел образования и науки и детский госпиталь «Бобат». Госпиталь проводит ежегодные международные образовательные курсы для реабилитологов и физиотерапевтов.

Наши специалисты углубленно изучили методику «Бобат», которая широко применяется в лечении больных с неврологической патологией.

Госпиталь «Св. Винсента» Корейского Католического Университета является самой первой больницей при медицинском университете, образованной в 1967 году в г. Сувон провинции Кенги-до. Госпиталь входит в состав самой крупной медицинской сети Республики Корея, которая стремится следовать учению Иисуса Христа.

Реабилитационное отделение больницы оснащено большим количеством современного оборудования и различных приспособлений для пациентов. Инструкторы ЛФК самостоятельно в зале лечебной физкультуры выполняют аппаратную физиотерапию непосредственно после занятий ЛФК, что дает положительные результаты.

Во всех перечисленных клиниках внедрена электронная карта, преимущество которой заключается в том, что она дает более четкую формализацию записей, их мгновенную доступность для медперсонала, сокращение времени на заполнение, упорядочивание рабочей деятельности. Также следует отметить возможность получения отчетов деятельности отделений, клинических данных в диаграммах. С использованием информационных систем, в корейских клиниках довольно на высоком уровне отлажена работа по сохранению информационной безопасности данных о пациенте.

С учетом развития среди клиник Кореи конкурентоспособности, каждая медицинская организация пытается подчеркнуть свой статус, в связи с чем, на высоком уровне организованы сервисные услуги. При крупных больницах организованы столовые, рестораны, магазины, отделения банков. Обеспечивается управление безопасностью, поддержка территории больницы в надлежащем виде, курьерские услуги и т.д. в рамках заключения договоров с профильными по каждой деятельности организациями. На сегодняшний день практически все крупные клиники Южной Кореи либо уже закончили, либо находятся на стадии аккредитации по международным стандартам JCI.

Планируемые внедрения:

1. Издание методических пособий по применению методики «Бобат-терапия» и методики «PNF».
2. Изготовление тренажеров для голеностопных суставов и для суставов верхних конечностей.

Данная стажировка позволила нашим специалистам расширить диапазон знаний, овладеть практическими навыками реабилитации, что позволит в последующем широко внедрять полученные опыт и знания в системе управления и организации медицинской реабилитологии в РК; в проведении конференций, обучающих семинаров с участием заинтересованных лиц.

Хочется отдельно отметить участие в организационных мероприятиях KD Global Training Center и максимальную открытость профессорско-преподавательского состава и рядовых сотрудников. Это позволило получить ответы на все интересующие вопросы; была огромная возможность увидеть как тактические, так и стратегические подходы и инструменты, которые делают медицину эффективной.

ПАМЯТИ КАЙШИБАЕВА НУРЛАНА СМАГУЛОВИЧА



Отечественное здравоохранение и медицинская наука понесли невосполнимую утрату. 17 июня 2013 года трагически погиб профессор Кайшибаев Нурлан Смагулович, директор Института неврологии, заведующий кафедрой неврологии Алматинского государственного института усовершенствования врачей, член Ассоциации неврологов Казахстана, председатель Лиги неврологов Казахстана, член Всемирной федерации неврологов (WFN), врач высшей квалификационной категории.

Нурлан Смагулович родился в 1961 году. В 1984 г. окончил Алматинский Государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело». После окончания интернатуры работал младшим научным сотрудником АГМИ. С 2004 по 2007 гг. возглавлял санатории г. Сарыагаш. С 2007 по 2010 гг. являлся профессором кафедры нервных болезней КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. В 2010 году был назначен заведующим кафедрой неврологии АГИУВ.

Нурлан Смагулович – сын известного казахстанского ученого, педагога, организатора, одного из создателей отечественной научной школы неврологов Республики Казахстан Кайшибаева Смагула Кайшибаевича. Нурлан Смагулович, следуя по стопам своего отца, внес значительный вклад в развитие здравоохранения Республики Казахстан. Он обладал глубокими знаниями, высокой эрудицией. Неоценим его вклад в дело подготовки квалифицированных научных и врачебных кадров для Республики Казахстан. Нурлан Смагулович – автор более 78 научных трудов, в том числе в области неврологического обоснования процессов оздоровления и биомеханической реабилитации, учебного пособия для студентов старших курсов, интернов и врачей, а также методических рекомендаций «Диагностика и лечение переходящих церебральных ишемий атеросклеротического генеза». Награжден Знаками «Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау ісінің үздігі», Почетными грамотами КазНМУ.

Нурлан Смагулович не только как выдающийся клиницист, ученый, талантливый педагог, но и как гражданин своей страны снискал заслуженный авторитет у медицинской общественности Республики и у многих вылеченных им пациентов.

Светлая память о замечательном враче-неврологе, ученом, педагоге, человеке с бескорыстной душевной щедростью Кайшибаеве Нурлане Смагуловиче на долгие годы останется в сердцах его коллег, друзей и родственников.

Коллектив АО «Республиканский детский реабилитационный центр» во главе с Председателем Правления скорбит в связи с кончиной Кайшибаева Нурлана Смагуловича и выражает глубокие соболезнования его семье и близким в связи с невозможной утратой.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

3-4 октября 2013 года, в г. Астане, на базе АО «Национальный научный центр материнства и детства» состоится **Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Инновационные технологии в области женского и детского здоровья»**. В научной программе конференции будет обсуждаться широкий круг тем: инфекционные проблемы в перинатологии, выхаживание недоношенных детей, невынашивание беременности и преждевременные роды, вопросы оперативной гинекологии, инновационные технологии в педиатрической практике, актуальные вопросы неонатальной и детской хирургии.

В дни конференции будет проходить выставка лекарственных средств, современных технологий, изделий медицинского назначения отечественных и зарубежных компаний.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ И СТАТЕЙ.

Статьи тезисы представляются на казахском или на русском языках по электронной почте org.nauka@mail.ru, набранные в формате Microsoft Word через 1,5 интервал; шрифт Times New Roman, величина шрифта 12; поля справа, слева, сверху и снизу 20 мм. Объем статьи 3-5 страниц, тезисов – до 1,5 страниц. Представляется электронный или печатный вариант статьи / тезисов в 1 экземпляре. Каждый файл должен включать одну работу, название файла дается по фамилии первого автора и номера тезисов (если автор представляет несколько тезисов). Название статьи / тезисов – заглавными буквами, на следующей строке – учреждение, город. Названные строки центрируются. Далее через пробел печатается текст статьи / тезисов, который выравнивается по обоим краям. Сокращения должны быть расшифрованы в тексте.

На издательские расходы установлены взносы – за статью 2500 тенге, за тезисы – 1500 тенге.

Регистрационный взнос – 5000 тенге (за сертификаты, материалы конференции).

Оплата издательских расходов производится переводом на:

АО «Банк Центр Кредит»

РНН 620300283996

БИК КСЖВКЗКХ

ИИК KZ788560000004834524

К статье приложить копию квитанции об оплате либо по электронной почте выслать номер квитанции и дату отправки.

Материалы для участия конференций принимаются с 01.05 до 20.08.2013 года. Публикации, оформленные не по правилам и представленные в оргкомитет позже указанного срока, не рассматриваются.

Координаты АО «ННЦМД»: **010000, г. Астана, пр. Туран 32, АО «Национальный научный центр материнства и детства»**

Тел.: +7 (7172) 70 14 14 (вн. 1002)

По вопросам включения докладов в научную программу:

Бимурзаева А.Б. +7 (7172) 70 14 14 (вн. 2768)

Отв. за материалы съезда и по вопросам регистрации:

Ниязбекова Б.М. +7 (7172) 70 14 14 (вн. 1584)

Приложение № 1

Ф.И.О. (полностью) _____

Ученая степень, ученое звание _____

Организация, должность _____

Телефон _____ факс _____ e-mail _____

Почтовый адрес _____

Срок пребывания на конференции _____

День отъезда _____

Прошу забронировать место в гостинице с «___» _____ по «___» _____

(дата заполнения)

Подпись _____

23-25 октября 2013 года в г. Астане Ассоциация неврологов РК, АО «Медицинский Университет Астана» согласно приказу МЗ РК № 183 от 26.03.2013 г. проводят **I Съезд неврологов Республики Казахстан, научно-практическую конференцию с международным участием «Актуальные вопросы неврологии».**

23 октября – в рамках Ассоциации неврологов РК будет проведено рабочее совещание по организационным вопросам научной и практической деятельности неврологической службы РК с участием заведующих кафедрами неврологии всех ВУЗов и главных внештатных неврологов Республики. Будут проведены мастер-классы на темы: «Полинейропатия» и «Нейрореабилитация» с выдачей именных сертификатов (6 часов – 6 ЗЕ) за один мастер-класс по предварительной заявке.

Программа съезда будет включать следующие направления неврологии:

Современные диагностические и лечебные подходы в инсультологии.

Нейрореабилитация.

Нейрохирургия в решении сложных вопросов неврологии.

Ангиохирургия при цереброваскулярных заболеваниях.

Новые возможности клинической нейровизуализации.

Современные аспекты диагностики и лечения аутоиммунных и демиелинизирующих заболеваний ЦНС.

Дегенеративные заболевания ЦНС.

Пароксизмальные состояния.

Актуальные вопросы детской неврологии.

Вертебрология.

Травматические поражения ЦНС.

Желающим принять участие в работе I съезда неврологов РК, необходимо заполнить и прислать на электронный адрес регистрационную карточку (Приложение № 1).

Материалы съезда в форме статей будут опубликованы в журнале «Астана медициналық журналы». Статьи принимаются до 1 сентября 2013 г. (Приложение № 2 – Правила оформления статей).

Заявки для выступления с докладом на I съезд неврологов РК принимаются до 1 августа 2013 г. по эл. адресу: org_neurology@mail.ru.

Оплата за мастер-класс в размере 5000 тенге производится сроком до 15 сентября 2013 г. на счет ОЮЛ «Ассоциация неврологов РК». Квитанцию об оплате высылать на эл. адрес оргкомитета: org_neurology@mail.ru.

Контактные координаты оргкомитета I съезда неврологов РК:

1 гор. больница - ул. Кошкарбаева 66

2 этаж - кафедра невропатологии с курсом психиатрии и наркологии МУА

e-mail: org_neurology@mail.ru

Моб. тел.: 8 701 533 65 69, 8 701 245 63 08, 8 701 373 77 68

Ответственный секретарь съезда – Нурманова Шолпан Акимкереевна.

Счет ОЮЛ «Ассоциация неврологов РК»:

Реквизиты: г. Астана, АО «Народный Банк Казахстана»

Счет KZ126010111000085188-KZT, БИК HSBKZZKX

РНН Банка 031400075489

ОКПО Банка 307220090001.

Да Нет

Приложение № 1

Ф.И.О. (полностью) _____

Год рождения _____

Специальность _____

Должность _____

Место работы _____

Ученая степень, ученое звание _____

Адрес для переписки _____

Контактный телефон (с указанием кода города) _____

Адрес электронной почты _____

Форма участия (подчеркнуть):

Устный доклад

Публикация статьи

Участие с публикацией

Участие без публикации

Необходимость бронирования гостиницы (подчеркнуть)

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

1. Статья должна быть напечатана в 2-х экземплярах на одной стороне листа А-4, шрифт 14, с одинарным (1,0) межстрочным интервалом. Поля сверху и снизу 3 см, слева 4 см, справа 2 см и иметь разделы: введение, материалы и методы, результаты и обсуждения, выводы, литература. Статьи могут быть на казахском, русском, английском языках.

2. Статья может содержать до 6 страниц формата А-4, список использованной литературы (библиография), резюме на 3 языках (на русском, английском и казахском) с названием статьи. Если статья написана на казахском языке, резюме составляется на русском, английском и казахском языках. Если статья на русском языке – резюме должно быть на казахском, английском и русском языках. Если статья на английском языке – резюме, соответственно, на казахском, русском и английском языках. Резюме должно содержать несколько предложений (до шести), отражающих суть проблемы, изложенной в статье. Обязательны инициалы и фамилии авторов, указанных в статье.

3. Реферативные сообщения – 2 страницы печатного текста (с названием статьи на двух языках, без резюме, таблиц, литературы).

4. Обзоры - на 8 страницах (название статьи на 2-х языках, библиография от 43 до 60 источников за последние 10 лет, без резюме).

5. Статья должна иметь внизу визу руководителя кафедры, учреждения на право опубликования и сопроводительное письмо руководства учреждения на официальном бланке (или заверенное печатью организации).

6. Вверху 1-ой страницы статьи пишутся: инициалы и фамилии авторов; название статьи на казахском, русском и английском языках; название учреждения, в котором выполнена работа с указанием города. В конце статьи должна быть отдельная страница с подписью каждого автора, с указанием должности, ученой степени, ученого звания (фамилия, имя, отчество; адрес и телефоны).

7. Статья должна быть тщательно выверена автором. Корректурa автором не высылается. Сверка проводится по авторскому оригиналу; на электронном носителе (без вирусов); интервал 1,0; в формате MS Word 6.0 2003 for Windows.

8. Фотографии, диаграммы, рисунки сканируются и вносятся в тексте по ходу статьи. Таблицы не должны превышать объем в одну треть листа А-4. Шрифт в таблицах 10. Таблицы должны быть озаглавлены и пронумерованы, если таковых больше одной.

9. Сокращение имен, слов, названий, кроме общепринятых, не допускается. Меры даются в системе СИ.

10. Аббревиатуры расшифровываются после первого упоминания в тексте и остаются неизменными.

11. Фамилии отечественных авторов пишутся с инициалами; фамилии, имена, отчества иностранных авторов - на языке оригинала. Библиография должна быть напечатана колонкой через 1,5 интервала.

12. Список литературы составляется по ходу статьи, по мере употребления в тексте. В тексте дается библиографическая ссылка на порядковый номер источника в квадратных скобках. Ссылка на неопубликованные работы не допускается. При

описании статей из журналов указываются ФИО авторов, название статьи и название журналов, год, том, номер страницы. При описании монографии указываются ФИО авторов, название монографии, место издания, название издательства, год издания, количество страниц. При описании главы из монографии указываются ФИО авторов главы, название главы, ФИО авторов монографии, название монографии, место и год издания, количество страниц. Работа, написанная коллективом авторов (более 3 человек) приводится в списке по названию книги. После названия через косую черту указываются ФИО 4 авторов; если авторов 5 и более – указываются ФИО 3 авторов, затем и др. Количество источников в статье не должно превышать 20, в обзоре литературы – от 43 до 50 (за прошедшие 5-10 лет).

13. Указать УДК, ключевые слова и резюме на 3-х языках (ИОФ авторов; их выходные данные; название статьи).

14. Редакция оставляет за собой право сокращения или исправления статей.

15. Статья принимается после проведения рецензии и заключения биоэтической комиссии оргкомитетом съезда.

16. Оплата юридическими лицами производится путем перечисления средств на расчетный счет МУА при подаче статьи и полного пакета документов в редакцию журнала.

17. Оплата за статью производится из расчета 500 тенге за одну страницу после положительного решения оргкомитета. При оплате следует указать РНН и адрес автора. Приложить копию квитанции об оплате либо по электронной почте выслать отсканированную копию квитанции: org_neurology@mail.ru.

18. Платежные реквизиты для оплаты статей:

Счет АО «Медицинский Университет Астана»:

010000, г. Астана, ул. Сары-Арка 95, АО «Медицинский Университет Астана»

Счет KZ 47998 ВТВ 0000002926 КБЕ 16, АО «Цесна Банк», РНН 031400074326,
БИК TSESKZKA

Тел. бухгалтерии: 53-95-40.

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, заключение (выводы).

2. Не следует заимствовать значительную часть текста из открытых общеизвестных источников (книги, журналы, Интернет). В тексте могут встречаться отдельные цитаты из них, но с обязательным указанием ссылок на источник. Как правило, если статья содержит более 10% заимствованного текста, в публикации может быть отказано, оригинальный текст рекомендуется компилировать, ситуационно добавляя свои замечания и дополнения.

3. 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, тезис – 2 стр., интервал полуторный, шрифт Times New Roman, 14 кегль, абзацный отступ – 1,25 см, выравнивание по ширине: разметка страницы слева 3 см, сверху и снизу – 2 см, справа - 1,5 см. Нумерацию страниц не проставлять!

4. В выходных данных указываются (полужирным шрифтом, без точек):

- УДК (выравнивание к правому краю);
- название статьи (выравнивание по центру, заглавными буквами);
- инициалы и фамилии авторов (выравнивание по центру);
- название учреждения, в котором выполнена работа, город (курсивом). Статья должна быть тщательно выверена авторами.

5. 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.

6. Таблицы должны быть компактными, иметь название, которое приводится сверху. В тексте 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.

7. Рисунки должны быть четкими, легко воспроизводимыми; подпись к рисункам приводится снизу, по центру. В тексте должна быть ссылка на каждый рисунок.

8. Литературные источники располагают в порядке упоминания их в тексте статьи и нумеруют арабскими цифрами. Ссылки на цитируемые работы в тексте дают в виде порядковых номеров, заключенных в квадратные скобки.

9. Количество источников в статье не должно превышать 15, в обзоре литературы – 50, за прошедшие 5-10 лет.

10. В статьях, написанных коллективом авторов, указываются пять авторов, далее ставится и др., если авторов пять и менее, то указываются все авторы.

11. Правила 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 издания;

- монография, написанная коллективом авторов (5 и более человек), помещается в списке по названию книги, затем 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.

12. Резюме должно быть изложено на русском, казахском и английском языках, 10-15 строк, состоять из: названия статьи, инициалов и фамилии авторов, названия организации, города, собственно текста.

13. Направленные в редакцию работы, опубликованные ранее или представленные в другие редакции, к изданию не допускаются.

14. Редакция журнала оставляет за собой право вносить коррективы в статью (сокращения или исправления статей).

15. Статьи, оформление которых не соответствует указанным требованиям, к публикациям не принимаются.

16. В конце статьи необходимо указать ФИО авторов полностью; специальность; должность; ученую степень и звание, если таковые имеются; город; учебное заведение или учреждение; контактные телефоны (рабочий и мобильный), факс, e-mail.

17. 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 «РДРЦ» в «Альянс Банке»

АО «Республиканский детский реабилитационный центр»

г. Астана, пр. Туран, дом 36

РНН 620 200 308 320

БИН: 070940002605

ОКЭД: 86.10.1

ИИК: KZ499650000070546255

АО «Альянс Банк» в г. Астане

БИК: IRTYKZKX

КБЕ: 16

Председатель Правления АО «РДРЦ»: Булекбаева Ш.А.

18. Публикации направлять по адресу: г. Астана, пр. Туран, 36, АО «Республиканский детский реабилитационный центр», отдел науки и образования.

Телефон: 8 (7172) 511-543. E-mail: journalrdrc@mail.ru

Жалимбетова Гульнара Алдановна – ведущий специалист отдела науки и образования АО «РДРЦ», моб. тел. 8 701 208 30 62, e-mail: g_mimoza@mail.ru.

Темиргалиева Инара - специалист отдела науки и образования АО «РДРЦ», моб. тел. 8 705 518 03 80, e-mail: by_lmh@mail.ru

