



В О П Р О С Ы РЕАБИЛИТОЛОГИИ

ISSN 2222 - 2014

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ №3 /2011



ISSN 2222-2014

0 3



9 772222 201114

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

Бас редактор
Главный редактор
Editors-in-Chief

Медицина ғылымының докторы
Шолпан Әділжанқызы Бөлекбаева

Доктор медицинских наук
Шолпан Адильжановна Булекбаева

Doctor of medical sciences
Sholpan A. Bulekbaeva

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

Медицина ғылымының кандидаты, доцент
Айгул Ортайқызы Абдрахманова

Кандидат медицинских наук, доцент
Айгуль Ортайевна Абдрахманова

Candidate of medical sciences senior lecturer
Aigul O. Abdrakhmanova

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

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

Цель и содержание:

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

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

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

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

Рубрики журнала:

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



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

ISSN 2222 - 2014

Научно-практический журнал издается 3 раза в год

Редакционная коллегия:

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

Редакционный совет:

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

Учредитель журнала: *Республиканский детский реабилитационный центр*

Адрес редакции:

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ПОЗВОНОЧНИКА ПО ДАННЫМ СОПОСТАВЛЕНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ, ИММУНОФЕРМЕНТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ Мухаметжанов Х., Булекбаева Ш.А., Кусаинова К.К.....	5
ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛУЖЕСТКИХ КОРСЕТОВ ДЛЯ ВЕРТИКАЛИЗАЦИИ И РАЗГРУЗКИ ПОЗВОНОЧНИКА Булекбаева Ш.А., Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Тайтубаева Г.К., Сатжанов А.Б., Матаева В.И.....	17
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА МЕТОДОМ ФАРМАКОАКУПНКТУРЫ Коньсова М.Ж., Мадирова С.Е., Бокебаев Ж.Т., Бокебаев Т.Т.....	23
ВЛИЯНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ НА НОВОРОЖДЕННОГО И ПЛОД Булекбаева Ш.А., Хамиева Б.М., Шакинов М.Ж.....	27
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ НАГРУЗОЧНЫХ КОСТЮМОВ «АДЕЛИ» И «ГРАВИСТАТ» В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДЦП Булекбаева Ш.А., Оспанова Ш.Х., Медетбекова Ж.А., Байдарбекова А.К.....	31
МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БАЗЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ Булекбаева Ш.А., Махаманова М.Н.	35
ПРИМЕНЕНИЕ АКТОВЕГИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА Коньсова М.Ж.	41
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «МИНИРИН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО НОЧНОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ Д.С. Тлемисова.....	45
ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Шевелева Н.И., Минбаева Л.С.	50
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСУЛИНОВЫХ ПОМП В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА Токтарова Н.Н.	57
ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И ЗАРАЗНЫМИ ГРИБКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Садвакасов К.Ш., Булекеев Г.С.....	61
ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г.С. Булекеева.....	65
МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПРОБЛЕМЫ В РАЗВИТИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН» Новости здравоохранения.....	68
ПАМЯТИ АСАТОВОЙ АКМАРАЛ БОЛАТАЕВНЫ Некролог.....	71

УДК: 616.711-001.1-073:612-083

ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ПОЗВОНОЧНИКА ПО ДАННЫМ СОПОСТАВЛЕНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ, ИММУНОФЕРМЕНТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ

Х. Мухаметжанов, Ш.А. Булекбаева, К.К. Кусаинова

*НИИ травматологии и ортопедии, Астана
Республиканский детский реабилитационный центр, Астана*

У больных с травмой позвоночника наблюдаются изменения костного метаболизма - резорбции и ремоделирования, направленные на восстановление поврежденного участка позвонка. Регенерацию костной ткани рассматривают как самый сложный процесс в экстремальных условиях, обусловленный нанесенной травмой. В своем развитии регенерация костной ткани проходит несколько стадий, постепенно переходящих одна в другую; наиболее четко можно выделить две стадии: 1 - стадию разрушения и дедифференцировки, осуществляемую остеокластами и 2 - стадию собственно репарации, которая выполняется остеобластами [1,2].

Нормальная регенерация костной ткани осуществляется в тесной связи с остеорезорбцией, которая на протяжении всей жизни определяет замену минерализованного матрикса на вновь образованную кость [3,4]. Процесс резорбции кости осуществляется остеокластами. В месте контакта остеокласта с костью образуется рифленая кайма, в выступе которой локализуется протонный насос, создающий кислую среду, под действием которой растворяется костный минерал [5].

Соотношение интенсивности этих процессов отражается на состоянии костного метаболизма и обмене кальция и сопровождается изменением уровня остеокальцина, витамина «D», паратиреоидного гормона (ПТГ), регулирующими вышеуказанный обмен. Степень выраженности изменений костного метаболизма зависит от сроков с момента травмы и предшествующем травме фоне - остеопении или остеопорозе. В связи с этим по одному из показателей биохимических или иммуноферментных анализов нельзя судить о наличии или отсутствии изменений костного метаболизма и обмена кальция. При нормальных значениях одного из показателей изменяются значения других, свидетельствующих о напряжении или истощении адаптационных механизмов репаративной регенерации. Нормальный уровень одного показателя костного метаболизма не исключает того, что репаративные процессы в костной ткани продолжают происходить, о чем свидетельствуют сопутствующие изменения других биохимических и иммуноферментных показателей, ответственных за состояние костного

метаболизма в организме.

Целью исследования явилось изучение состояния костного метаболизма у больных с травмой позвоночника путем сопоставления данных биохимических, иммуноферментных исследований и остеоденситометрии.

Материалы и методы.

Под наблюдением находились 182 больных с компрессионными переломами нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника. Мужчин было 115 (63%), женщин - 67 (37%) в возрасте от 16 до 84 лет. Средний возраст больных составил 33,8 года.

В остром периоде травмы в НИИТО поступило 138 (76%) больных, в раннем периоде - 13 (7,1%), в промежуточном - 5 (2,7%), в позднем - 13 (7,1%), в резидуальном - 13 (7,1%) пострадавших. Большая часть наших больных поступила в остром периоде травмы.

По локализации переломов позвоночника в большинстве случаев пострадал поясничный отдел - 65,4% случаев. Повреждение грудного (57 наблюдений) и грудопоясничного отделов позвоночника (6 наблюдений) составили соответственно 31,3% и 3,3%.

Изолированная травма была у 109 (60%) пострадавших, 73 (40%) имели сочетанные повреждения: травмы черепа, грудной клетки, конечностей. Преобладали больные с изолированной травмой позвоночника ($\gamma = 0,19$ $p < 0,001$).

При поступлении больных у 67 (36,8%) отмечались неврологические нарушения и у 115 (63,2%) – не осложненные повреждения позвоночника. Травма позвоночника сопровождалась в 2 (1%) случаях сотрясением спинного мозга, у 5 (2,7%) больных - ушибом спинного мозга, ушиб конуса был отмечен - у 27 (14,8%), ушиб - сдавление спинного мозга - в 27 (14,8%) наблюдениях. Полное нарушение проводимости спинного мозга наблюдалось у 16 (8,8%) человек и у 38 (20,8%) пострадавших отмечено частичное нарушение проводимости спинного мозга. Корешковые боли имели 13 (7,1%) больных. Преобладало количество пострадавших с частичным нарушением проводимости спинного мозга.

Неврологический статус при поступлении мы оценивали, используя шкалы Н. Frankel и ASIA.

Всем больным после клинико-неврологического осмотра произведена рентгенография позвоночника в двух проекциях, при сочетанных повреждениях - рентгенография заинтересованных областей, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Компьютерная томография позвоночника выполнена 97% больным, магнитно-резонансная томография 9,3%, люмбальная пункция с ликвородинамическими пробами и морфологическим и биохимическим исследованием ликвора - у больных с осложненными переломами позвоночника, миелография с неионными контрастными веществами (омнипак) - 12,6%, веноспондилография

визипаком - 4,5% пострадавшим.

Двухэнергетической рентгеновской остеоденситометрией первично обследовано 143 (78,6%) больных, в возрасте от 16 до 78 лет, преобладали лица молодого возраста. Мужчин было 87 (61%), женщин - 56 (39%).

Биохимические исследования: у 87 (47,8%) больных исследовалось содержание общего кальция, у 75 (41,2%) - ионизированного кальция, у 88 (48,3%) - щелочной фосфатазы и у 23 (12,6%) - фосфора в крови. Из 87 больных у 19 (21,8%) общий кальций в крови исследован повторно, у 3 (3,4%) - трижды. Из 88 больных у 23 (26,1%) уровень щелочной фосфатазы исследован повторно и у 6 (6,8%) - трижды. Из 23 больных у 3 (13,3%) содержание фосфора крови исследовано повторно.

Иммуноферментные анализы проведены 49 (26,9%) больным, содержание витамина «D» - у 5 (2,7%), паратиреоидного гормона - у 9 (4,9%) пострадавших. Из 49 больных содержание остеокальцина крови исследовано повторно у 5 (10,2%).

При определении остеокальцина в сыворотке крови учитывались пол, возраст и фаза менструального цикла у женщин. Из 9 больных уровень паратиреоидного гормона определен повторно у 3 (33,3%).

Электронеуромиография проведена 89 (48,9%) больным, из них 13 (14,6%) повторно и 3 (23,1%) трижды.

Больные с травмой позвоночника по показаниям лечились консервативно и оперативно. Консервативное лечение включало нахождение больного на реклинирующем валике, лечебную гимнастику по Гориневской - Древинг, физиолечение, массаж мышц спины и нижних конечностей, назначение нестероидных противовоспалительных средств, изготовление съемного экстензионного корсета.

Больным с осложненной травмой позвоночника назначались витамины группы В, прозерин по схеме, сосудистые препараты, ноотропы, антигипоксанты, метаболические средства, стимулирующие средства, при нарушении функции тазовых органов - уросептики и электростимуляция мочевого пузыря.

Препараты кальция больным назначались после проведения рентгеновской денситометрии. Использовался миакальцик 200 МЕ интраназальный спрей до 3 раз в неделю в течение 3 месяцев и кальций Д3 никомед форте по 1 таблетке 2 раза в день после еды в течение 6 месяцев для повышения минеральной плотности костной ткани. Миакальцик швейцарской фирмы «NOVARTIS» получали 47 (25,8%) и кальций Д3 никомед форте фирмы «Nucomed» - 142 (78%) больных.

Больные основной группы, лечившиеся консервативно, дополнительно получали препараты кальция при измененной минеральной плотности костной ткани и виброрезонансную терапию (ВТ).

Показания к операции выставлялись в зависимости от стабильности перелома, степени кифотической деформации, стеноза позвоночного канала и наличия неврологических нарушений. Объем операции уточнялся по данным компьютерной

томографии с сагиттальной реконструкцией, миелографии.

Всем больным выполнены современные стабилизирующие операции с использованием транспедикулярной фиксации, переднего межтелового сопондилодеза эндофиксатором или кейджем из пористого никелида титана, аутокости, задний спондилодез скобами с саморегулирующейся компрессией, армирование тела сломанного позвонка гранулами пористого никелида титана.

Клинико-неврологическое состояние больных оценивали при поступлении, выписке, через 3, 6, 9, 12 месяцев и более после травмы и проводили по показаниям дополнительные обследования.

Результаты и обсуждение.

В клинических условиях не имеется возможности наблюдать развитие репаративных процессов костной ткани в чистом виде. На процесс костной регенерации активно влияют наши лечебные мероприятия - оперативные вмешательства при нестабильных переломах позвоночника, назначения препаратов кальция (кальций Д3 никомед, миокальций ВТ, ранняя активизация больных после операции или в корсете при консервативном лечении, физиотерапевтические процедуры, лечебная гимнастика.

Выявленные при биохимических и иммуноферментных исследованиях изменения содержания общего и ионизированного кальция, фосфора, щелочной фосфатазы, остеокальцина, паратиреоидного гормона, витамина «D» отражают сложные процессы костного метаболизма, определяемые соотношением и степенью выраженности двух взаимосвязанных процессов репаративной регенерации костной ткани.

Результаты исследования анализируются с **распределением** больных на группы по данным остеоденситометрии (с нормальной минеральной плотностью костной ткани (МПКТ) и со сниженной МПКТ и группах больных со сниженной МПКТ до степени остеопении или остеопороза.

При первичном денситометрическом исследовании больных с травмой позвоночника выявлено снижение МПКТ у 62,2% пострадавших, в том числе у 37% - остеопороз. У больных с осложненной травмой позвоночника в связи с гиподинамией снижается МПКТ с увеличением сроков после травмы. Средний возраст мужчин с травмой позвоночника, у которых при денситометрии выявлен остеопороз ниже, среднего возраста лиц женского пола (33,9+15,0 против 41,4+17,4).

При первичном исследовании нормальная МПКТ наблюдалась у 54 (37,8%) больных, средний возраст их составил 31,1+8,8 года, мужчин было 32 (59,2%), женщин - 22 (40,8%). При повторном исследовании снижение МПКТ выявлено у 7 из 12 (58,3%) и нормальная - у 5 (41,7%) больных. При третьем исследовании нормальная МПКТ отмечена у 3 из 4 (75%) и сниженная МПКТ - у одного (25%) больного. При четвертом исследовании нормальная МПКТ наблюдалась у всех 3 (100%) обследованных больных.

При первичной нормальной МПКТ содержание общего кальция крови было нормальным у 16 из 28 (57,8%) и сниженным - у 12 (42,8%) пострадавших. При повторном исследовании общего кальция гипо-кальциемия наблюдалась у 3 из 4 (75%) больных и при третьем исследовании - у одного (100%) обследованного пострадавшего.

Содержание ионизированного кальция крови у всех 27 (100%) и фосфора у всех 7 (100%) больных было нормальным.

Уровень щелочной фосфатазы был повышен у 21 из 28 (75%) и нормальный - у 7 (25%) больных. При повторном исследовании наблюдалось повышенное содержание щелочной фосфатазы у 4 из 5 (80%) и нормальное - у одного (20%) обследованного. При третьем обследовании повышенный уровень щелочной фосфатазы выявлен у 2 из 3 (66,7%) и нормальный - у одного (33,3%) пострадавшего.

Содержание остеокальцина крови было нормальное у 9 из 18 (50%), повышенное - у 8 (44,4%) и пониженное - у одного (5,6%) больного. При повторном исследовании уровень остеокальцина крови наблюдался повышенный у всех 3 (100%) обследованных.

Уровень витамина «D» был низкий у 2 из 3 (66,7%) и нормальный - у одного (33,3%) пострадавшего. Содержание паратиреоидного гормона ПТГ наблюдалось сниженное у всех 3 (100%) больных и повышенное - у 2 (100%) пострадавших обследованных повторно.

Выявленные изменения костного метаболизма при нормальной МПКТ отражают репаративные процессы, направленные на заживление перелома позвоночника. Вначале активизируются процессы резорбции поврежденной костной ткани, осуществляемые остеокластами. Но процессы резорбции поврежденных тканей идут параллельно с процессами её ремоделирования, осуществляемыми остеобластами. Соотношением этих двух процессов и степенью их выраженности, определяются изменения костного метаболизма, отражающиеся на результатах биохимических и иммуноферментных исследований.

При снижении скорости резорбции и после её завершения в резорбтивной полости появляются остеобласты. Они секретируют основные компоненты матрикса (коллаген I типа, гликопротеиды, другие специфические белки), специальные ферменты (щелочную фосфатазу, коллагеназу, активатор плазмогена), что способствует формированию минерализованного матрикса [6].

Остеокальцин - витамин К-зависимый неколлагеновый белок костной ткани - локализуется преимущественно во внеклеточном матриксе кости и составляет 25% неколлагенового матрикса. Остеокальцин синтезируется зрелыми остеобластами и является индикатором метаболизма костной ткани [7]. Остеокальцин ингибирует деятельность остеокластов, стимулирует деятельность остеобластов, снижает содержание кальция в крови, стимулируя поступление его в кости, стимулирует поглощение костями фосфора и снижает содержание фосфора в крови, увеличивает

экскрецию с мочой кальция, фосфора, натрия, магния, калия, воды; стимулирует превращение в почках неактивной формы витамина Д в активную 1,25(OH)₂D₃ (кальцитриол) вместе с паратиреоидным гормоном [8].

Благодаря внеклеточному расположению щелочной фосфатазы можно проследить прямую связь между заболеваниями кости и появлением фермента в сыворотке крови. Повышение активности щелочной фосфатазы наблюдается при повышенном метаболизме костной ткани (при заживлении переломов), первичном и вторичном гиперпаратиреозе. Остеомаляции [7].

Кальций, фиксированный в костной ткани, находится во взаимодействии с ионами сыворотки крови. Действуя, как буферная система, депонированный кальций предотвращает колебания его содержания в сыворотке в больших диапазонах. Метаболизм кальция регулируется паратиреоидным гормоном (ПТГ), кальцитонином и производными витамина «D». ПТГ повышает концентрацию кальция в сыворотке, усиливает его вымывание из костей, реабсорбцию в почках, стимулируя в них превращение витамина «D» в активный метаболит кальцитриол. Уровень кальция крови регулирует секрецию ПТГ по механизму отрицательной обратной связи: гипокальциемия стимулирует, а гиперкальциемия подавляет высвобождение ПТГ [7]. ПТГ нарушает способность остеобластов синтезировать костную матрицу, способствует превращению остеобластов в остеокласты, повышает активность остеокластов, повышает растворимость гидроксиапатитов, усиливает поступление в кровь из костной ткани кальция и фосфора; оказывая влияние на почки, угнетает всасывание фосфатов в проксимальных канальцах, повышает активность гидроксилазы, увеличивает обратное всасывание кальция в дистальных почечных канальцах [8].

Кальцитонин - физиологический антогонист ПТГ, стимулирует выведение кальция почками. Метаболиты витамина «D» стимулируют всасывание кальция и фосфата в кишечнике. Содержание кальция в сыворотке изменяется при дисфункции паращитовидных и щитовидных желез, новообразованиях различной локализации, особенно при мета-стазировании в кости, при почечной недостаточности. Гиперкальциемия - это почти всегда результат повышенного поступления кальция в кровь из резор-бируемой костной ткани или из пищи в условиях снижения его почечного клиренса [7].

Ионизированный кальций крови активная часть кальция, свидетельствующая об его обмене, влияет на нервно-мышечную проводимость, активный остеогенез.

Об активизации остеобластических процессов свидетельствуют: увеличение содержания остеокальцина крови с 50% при первом исследовании до 100% при - повторном; снижение содержания ПТГ; нарастание повышенного уровня щелочной фосфатазы с 75% при первичном исследовании до 80% при - повторном и сохранение повышенного содержания её у 66,7% больных при третьем обследовании; нарастание гипокальциемии с 43% при первом исследовании до 75% при -

повторном и до 100% при - третьем; повышение МПКТ с 42% при повторном исследовании до 75% при - третьем и до 100% - при четвертом обследовании.

Наши исследования также показали, что у больных с травмой позвоночника при первичной нормальной МПКТ в 58% случаев наблюдалось снижение МПКТ - при повторной денситометрии. Это свидетельствовало о чрезмерном напряжении костного метаболизма, преобладании процессов резорбции кости над процессами ремоделирования [9,10].

Снижение МПКТ при первичной денситометрии выявлено у 89 (62,2%) больных, средний возраст их составил 33,8±10,5 лет, мужчин было 55 (61,8%), женщин - 34 (38,2%). При повторной денситометрии снижение МПКТ отмечено у 34 из 39 (87,2%) и нормальная - у 5 (12,8%) больных. При третьем исследовании сниженная МПКТ была у 6 из 9 (66,7%) и нормальная - у 3 (33,3%) пострадавших. При проведении денситометрии в четвертый раз снижение МПКТ выявлено у одного из двух (50%) обследованных.

При сниженной МПКТ содержание общего кальция было нормальным у 30 из 49 (61,2%), сниженным - у 17 (34,7%) и повышенным - у 2 (4,1%) больных. При повторном исследовании уровень общего кальция был нормальный у 7 из 15 (46,7%), пониженный - у 6 (40%) и повышенный - у 2 (13,3%) пострадавших. При третьем обследовании гипо-кальциемия наблюдалась у одного из двух (50%) обследованных.

Уровень ионизированного кальция у данной группы больных отмечался в пределах нормальных величин у 41 из 42 (97,6%) и пониженный у одного (2,4%) больного. Содержание фосфора крови было нормальное у 9 из 13 (69,2%) и повышенное - у 4 (30,8%) пострадавших.

Уровень щелочной фосфатазы в анализируемой группе больных наблюдался повышенный у 40 из 53 (75,5%), нормальный - у 12 (22,6%) и пониженный - у одного (1,9%) обследованного. При повторном исследовании содержание щелочной фосфатазы было высоким у 17 из 18 (94,4%) и при третьем - у всех 3 (100%) пострадавших.

Содержание остеокальцина у больных со сниженной МПКТ было повышенным у 18 из 24 (75%), нормальным - у 5 (20,8%) и пониженным у одного (4,2%). При повторном исследовании отмечено повышение его уровня у 2 (100%) обследованных больных.

Уровень витамина «D» был сниженным у одного (100%) обследованного больного и ПТГ - у всех 5 (100%) пострадавших. При повторном исследовании содержание ПТГ наблюдалось высокое у одного (100%) больного.

На основании анализа результатов иммуноферментных, биохимических исследований и данных остеоденситометрии можно сказать, что у пострадавших со сниженной МПКТ при первичном обследовании изменения костного метаболизма связаны как с фоном, на котором произошла травма позвоночника, так и самой

травмой. Изменения костного метаболизма у больных со сниженной МПКТ более выражены, чем у пострадавших с нормальной первичной МПКТ.

Остеопения наблюдалась у 56 из 89 (62,9%) первично обследованных больных, средний возраст составил 31,8±8,9 года, мужчин было 36 (64 женщин - 20 (35,7%). При повторной денситометрии *снижение* МПКТ выявлено у 16 из 21 (76,2%) и нормальная МПКТ - 5 (23,8%) больных. Нормальная МПКТ была у всех 3 (100%) пострадавших и у одного обследованного в четвертый раз.

При остеопении содержание общего кальция отмечено в нормальных пределах у 19 из 28 (67,8%), было понижено - у 8 (28,6%) и повышено - у одного (3,6%) больного. При повторном исследовании общего кальция в крови его уровень был нормальным у 5 из 9 (55,5%), сниженным - у 3 (33,3%) и повышенным - у одного (11,2%) пострадавшего. При третьем исследовании гипокальциемия наблюдалась у одного из двух (50%) обследованных.

Уровень ионизированного кальция крови был неизменным у всех 21 (100%) больного. Содержание фосфора крови отмечалось в нормальных пределах у 4 из 7 (57,1%) и повышенное - у 3 (42,9%) пострадавших.

Высокий уровень щелочной фосфатазы наблюдался у 24 из 30 (80%) и нормальный - у 6 (20%) обследованных больных. При повторном исследовании содержание щелочной фосфатазы сохранялось на высоком уровне у всех 12 (100%) и при третьем - всех 3 (100%) пострадавших.

Содержание остеокальцина крови отмечено на высоком уровне у 10 из 12 (83,3%) и на нормальном - у двух (16,7%) больных. При повторном исследовании содержание остеокальцина в крови сохранялось на высоком уровне у одного (100%) пострадавшего.

Уровень ПТГ был снижен у всех 4 (100%) больных при первичном исследовании и - высоким у одного (100%) пострадавшего при повторном обследовании.

У пострадавших с травмой позвоночника на фоне остеопении изменения костного метаболизма отражают как сам процесс остеопении, так и процесс репаративной регенерации перелома.

Остеопороз был отмечен у 33(37,1%) больных, средний возраст их составил 37,1±13,2 лет, мужчин было 19 (57,6%), женщин - 14 (42,4%). При повторной денситометрии снижение МПКТ выявлено у всех 18 (100%) больных, из них у 3 (16,7%) - до уровня остеопении и у 15 (83,3%) – *до* уровня остеопороза. При третьем обследовании сниженная МПКТ была у всех 6 (100%) больных, из них у 2 (33,3%) до уровня остеопении и у 4 (66,7%) - до уровня остеопороза. При четвертом обследовании у одного (100%) больного сохранялся остеопороз.

Содержание общего кальция крови при остеопорозе было нормальным у 11 из 21 (52,4%), *сниженным* - у 9 (42,8%) и повышенным у одного (4,8%) больного. При повторном исследовании у 3 из 6 (50%) сохранялась гипокальциемия, у одного

(16,7%) - гиперкальциемия и у 2 (33,3%) больных был нормальный уровень общего кальция крови.

Уровень ионизированного кальция крови был нормальным у 20 из 21 (95,2%) и пониженным - у одного (4,8%) больного. Содержание фосфора крови было нормальным у 5 из 6 (83,3%) и повышенным - у одного (16,7%) пострадавшего.

Содержание щелочной фосфатазы при остеопорозе отмечалось на высоком уровне у 16 из 23 (69,6%), было снижено у одного (4,3%) и нормальным - у 6 (26,1%) больных. При повторном исследовании выявлено повышение уровня щелочной фосфатазы у 5 из 6 (83,3%) и у одного (100%) больного обследованного в третий раз.

Уровень остеокальцина крови наблюдался повышенный у 8 из 12 (66,7%), нормальный - у 3 (25%) и пониженным у одного (8,3%) больного. При повторном исследовании содержание остеокальцина крови было повышенным у одного (100%) обследованного больного.

При остеопорозе уровень витамина «D» у одного больного и ПТГ у одного пострадавшего был пониженным.

Резюмируя изменения костного метаболизма у больных с переломами позвоночника на фоне остеопороза можно сказать, что они являются более выраженными и сохраняются более длительный промежуток времени, чем у пострадавших с травмой позвоночника на фоне остеопении.

Заключение.

Результаты денситометрии показали, что более чем у 1/2 (62%) больных с травмой позвоночника и спинного мозга отмечается снижение МПКТ, в том числе у 1/3 (37%) до уровня остеопороза. Снижение МПКТ у 1/2 (58%) части больных при первичных нормальных денситометрических данных свидетельствуют о напряжении костного метаболизма с преобладанием процессов резорбции над процессами ремоделирования кости, а у пострадавших с множественными повреждениями и осложненной травмой позвоночника оно связано и со снижением двигательной активности. На основании этого мы считаем, необходимым включение рентгеновской денситометрии в алгоритм диагностики позвоночно-спинномозговой травмы у пострадавших в возрасте старше 35 лет и проведение денситометрии в динамике в процессе лечения больных.

Сопоставление результатов рентгеновской денситометрии, иммуноферментных и биохимических исследований показало, что изменения костного метаболизма при нормальной МПКТ у больных с травмой позвоночника отражают процессы репаративной регенерации, соотношение остекластических и остеобластических процессов без изменения минеральной плотности костной ткани, направленные на консолидацию перелома.

Снижение МПКТ свидетельствуют о чрезмерном напряжении процессов костного метаболизма у одной части больных и отражают фон, на котором произошла травма позвоночника - у другой, преобладании процессов резорбции

костной ткани. Эти данные необходимо учитывать при коррекции лечения больных с травмой позвоночника и спинного мозга.

При чрезмерном напряжении костного метаболизма, которое сопровождается снижением МПКТ, необходимо назначение больным в комплексном лечении травмы позвоночника антирезорбентов (препаратов кальция, витамина «D» и его активных метаболитов, биофосфонатов, кальцитонина).

Исследование МПКТ в динамике позволяло контролировать правильность проводимого лечения и эффективность использования ВТ и препаратов кальция в комплексном лечении больных с травмой позвоночника, их влияния на нормализацию нервно-мышечной проводимости, регресс неврологических нарушений вследствие рефлекторных влияний, улучшение микроциркуляции, кровообращения, остеогенез и увеличение минеральной плотности костной ткани.

Таким образом, исследования костного метаболизма, обмена кальция у пострадавших с травмой позвоночника показали, что у больных отмечаются его изменения, обусловленные регенеративно-репаративными процессами организма, направленными на заживление перелома. У больных с измененной минеральной плотностью костной ткани нарушения обмена кальция обусловлены и предшествовавшими травме остеопоротическим процессами.

Литература:

1. Мельник Д.Д., Чугуй Е.В., Климовицкий ВТ. и соавт. Криостимуляция - путь оптимизации репаративных процессов при переломах длинных костей конечностей //В кн.: Материалы с памятью формы и новые технологии в медицине, под ред. В.Э. Гюнтер. - Томск: НПП МИЦ, 2006.- С. 98-101.
2. Котельников Г.П., Булгакова СВ. Остеопороз // М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. - 512с.
3. Sedell., Cabanela M.E. *Hir Surgery: Materials and Development.* - 2000. - 405 p.
4. Корж Н.А., Горидова Л.Д., Дедух Н.В., Романенко К.К. Репаративная регенерация кости: современный взгляд на проблему. Медикаментозные препараты, оптимизирующие репаративный остеогенез//*Ортопед, травматол.* -2006. -№3. -С.85-99.
5. Бердюгина О. В. Иммунологическое прогнозирование в травматологии и ортопедии.- Екатеринбург: Издательский дом «ИздатНаукаСервис», 2009.- 252 с.
6. Шаргородский А.Г. Травмы мягких тканей и костей лица (руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 402 с.
7. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Клиническая оценка лабораторных исследований.- М.: Медицина, 2000.- 544 с.
8. Лобаченко О.В., Бримкулов Н.Н. Образовательные программы в артрологии в таблицах, схемах и рисунках: Методическое пособие для врачей, клинических ординаторов и студентов. - Бишкек, 2008.- 34 с.
9. Кусаинова К.К. Применение виброрезонансной терапии и препаратов кальция в комплексном лечении больных с повреждениями позвоночника и спинного мозга: автореферат ...

канд. мед. наук. - Алматы, 2010. - 32 с.

10. Мухаметжанов Х., Құсаинова К.К, Мухаметжанов Д.Ж. и соавт. Состояние обмена кальция у больных с травмой позвоночника// Сборник тезисов IX съезда травматологов-ортопедов, том 11 (Саратов, 15-17 сентября).- 2010. - С. 827-828.

Түйіндеме

БИОХИМИЯЛЫҚ, ИММУНОФЕРМЕНТТІ ЗЕРТТЕУЛЕР МЕН ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИЯНЫ САЛЫСТЫРУ МӘЛІМЕТТЕРІ БОЙЫНША ОМЫРТҚА ЖАРАҚАТЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ СҮЙЕК МЕТАБОЛИЗМІНІҢ ӨЗГЕРУІ

Х. Мұхаметжанов, Ш.Ә. Бөлекбаева, К.К. Құсаинова

Биохимиялық, иммуноферменттік тексерулер мен остеоденситометрия нәтижелерін салыстырып көргенде авторлар мынаны анықтады: омыртқа және жұлын жарақаты бар науқастардың $\frac{1}{2}$ (62% -де) сүйек тінінің минералды тығыздығының төмендеген, оның ішінде $\frac{1}{3}$ (37% - де) остеопорозға жеткенің көрсеткен. Бастанқыда денситометриялық өзгерістер болмасада, науқастардың $\frac{1}{2}$ (58%) бөлмеінде сүйек тінінің минералды тығыздығының төмендеуі, сүйек метаболизмінің шиеленісің тұрғаның көрсетеді, ал қалған көптеген жарақаттары мен омыртқа жарақаты – асқынулары бар науқастарда қимыл-қозғалыстық шектелеуімен байланысты болған. 35 жасстан асқан омыртқа және жұлын жарақаты бар науқастарға диагноз қою алгоритміне рентгендік денситометрияны кіргізу және ол науқастарды емдеу кезегіңінде де тексеріп тұруға қажет. Сүйек тінінің минералды тығыздығы өзгермеген науқастарда сүйек метаболизмінің өзгеруі репаративті регенерация жүріп жатқаны айғақтайды. Омыртқа жарақаты бар науқастардағы сүйек тінінің минералды тығыздығының төмендеуі бастанқы және қайталап тексерулерде сүйек метаболизмінің өзгергенің көрсетеді, бұл өзгерістер тікелей жарақатқа немесе сол кездегі омыртқаның жағдайына (остеопения немесе остеопороз) әрі ремоделированияға қарағанда резорбцияның күшіне бастағанына байланысты. Осы айтылғандарды омыртқа жарақаты бар науқастарды емдегенде ескеру қажет деп білеміз.

Summary

CHANGES IN BONE METABOLISM IN PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURIES DATA COMPARISONS BIOCHEMICAL, IMMUNOASSAY RESEARCH AND OSTEODENSITOMETRY

Kh. Mukhametzhanov, Sh. Bulekbayeva, K. Kusainova

In virtue of data comparison of biochemical, immunoenzymometric research and osteodensitometry, it was noted by authors, that $\frac{1}{2}$ (62%) of patients with spine and spinal cord injuries has a decrease in BMD (Bone Mineral Density), and osteoporosis was noted in $\frac{1}{3}$ (37%) of patients. At primary normal densitometric data the decrease BMD in $\frac{1}{2}$ (58%) of patients indicates a bone metabolism tension, and in patients with multiple injuries and complicated spine injuries it has been reported to be associated with a motor activity reduction. X-ray densitometry should be included in the diagnostic algorithm of vertebral and medulispinal injuries in patients older than 35 years, and is held in

the dynamics in the treatment process of patients. Changes in bone metabolism in patients with uneventful BMЭ indicate the reparative regeneration processes. At the primary and secondary studies the reduced BMD in patient with spine injuries reflects the changes in bone metabolism, caused by trauma and as well as background, where the' spinal injury has taken place (osteopenia or osteoporosis) with a predominance of resorption over bone remodeling processes. These data must be taken into account at complex treatment of patients with spine injuries.

УДК: 616.711-089.22

ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛУЖЕСТКИХ КОРСЕТОВ ДЛЯ ВЕРТИКАЛИЗАЦИИ И РАЗГРУЗКИ ПОЗВОНОЧНИКА

*Ш.А. Булекбаева, Б.Ж. Мухаметжанов, Т.А. Сейсембеков,
Г.К. Тайтубаева, А.Б. Сатжанов, В.И. Матаева*

*Республиканский детский реабилитационный центр, г.Астана
ТОО «Ортезист», г.Астана*

Позвоночник выполняет основную опорно-двигательную функцию и является защитой спинного мозга, поэтому повреждения и заболевания позвоночника приводят к наиболее тяжелым последствиям, физическим и эмоциональным переживаниям, резкому снижению качества жизни пациентов.

Ортезирование является одним из методов комплексного лечения заболеваний позвоночника. Без стабилизации больного отдела позвоночника любое медикаментозное и физиолечение малоэффективно. Индивидуально изготовленный ортез (корсет), беря на себя часть нагрузки или перераспределяя ее на другие участки тела, позволяет восстановить опороспособность, уменьшить или устранить болевой синдром, предотвратить дальнейшее развитие болезненного процесса.

ТОО «Ортезист» производит более 30 наименований ортезов, в том числе 9 - полужесткие корсеты, корректоры осанки для позвоночника. Более 80% производимых изделий поставляется в АО «Республиканский детский реабилитационный центр», в котором проходят реабилитацию дети с ограниченными возможностями с заболеваниями нервной, эндокринной системы.

К особенностям заболеваний детей с церебральным параличом относятся высокая спастичность мышц, приводящая к дистоническим искривлениям туловища, сопровождающиеся деформацией костных тканей и суставов. Для коррекции таких патологий требуются изготовление ортезов с учетом данной специфики.

Известен корректор осанки (корректор) торговой марки «ОРТО». Разгружающий эффект достигается в основном за счет продольных металлических ребер жесткости. Разведение плечевого пояса достигается за счет двух лямок, которые оборачиваясь вокруг плеч, перекрещиваясь на спине и фиксируются спереди на животе (фото 1). Реклинация позвоночника достигается за счет воздействия на позвоночник в межлопаточной области и в месте перекреста ремней на спине. Однако корригирующий эффект указанных корректоров при сутулой, круглой спине не достаточен, (фото 2А), т.к. не всегда удается вертикализировать и зафиксировать позвоночник больного. Кроме этого фиксация ремней спереди оказывает давление на область живота, что отрицательно влияет на работу желудочно-кишечного тракта.



Фото 1.

С этой целью разработан корректор осанки с третьей точкой давления (фото 2В). Корректор изготавливается из плотной хлопчатобумажной ткани. Реклинирующий эффект в грудном отделе достигается за счет лямок, которые оборачиваются вокруг плеч, заводятся за спину, перекрещиваются на спине между лопаток, затем продеваются в боковые поясничные петли (фото 2С) и фиксируются в поясничной области на спине – «третьей точке давления». Кроме того разгружающую функцию оказывают продольные металлические пластины распложенные вдоль позвоночника. С помощью разработанного корректора корригирующее воздействие на сутулую, круглую спину оказывается в трех точках, что обеспечивает максимальный эффект вертикализации позвоночника.



Фото 2А.



Фото 2В.



Фото 2С.

На фото 3А пациент с «круглой спиной». Особенность патологии в том, что пик искривления смещен в поясничную область. Для вертикализации и перераспределения нагрузки на позвоночник была предложена конструкция грудно-пояснично-крестцового корректора осанки с паховыми натяжными ремнями. За базу принят корректор осанки с тремя точками давления, который удлинили с целью стабилизации крестцовой части позвоночника. Кроме того добавили два продольных ремня пропустив их от живота через паховую область и зафиксировали вдоль спины пациента (фото 3С). На коррекцию пика искривления в поясничной области направлено горизонтально усилие, создаваемое ремнями в «третьей точке давления».



Фото 3А

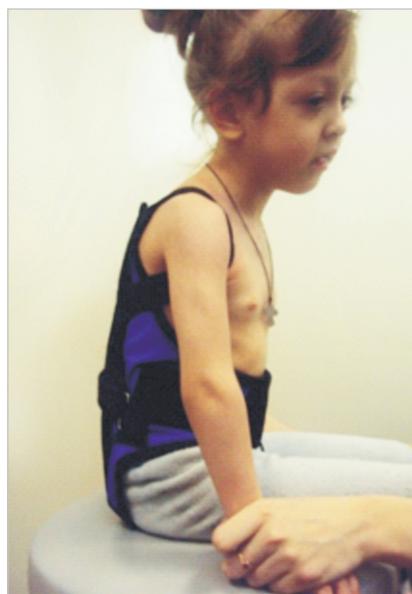


Фото 3В



Фото 3С

Паховые ремни фиксируют «третью точку», предотвращая сдвиг корректора вверх - вдоль позвоночника. Кроме того паховые ремни оказывают дополнительное вертикализирующее воздействие на позвоночник отводя таз назад. Предложенный корректор позволяет максимально вертикализировать и перераспределить нагрузки на позвоночник пациента.

Следующей разновидностью корректора с «тремя точками давления» является грудно-пояснично-крестцовый корсет (фото 04А, В). Корсет шьется из плотной хлопчатобумажной ткани. Задняя часть вдоль позвоночника укреплена 4-мя металлическими пластинами. По бокам и спереди располагаются еще 4-е вертикальные пластины. С помощью ремней осуществляется реклинация в грудном и поясничном отделе позвоночника.

Передняя часть корсета снабжена петлями, через которые ремешком производится стягивание корсета. Корсет рекомендован при сутулости, «круглой спине», сколиотической осанке.



Фото 4А.



Фото 4В.



Фото 5А

Дети с ограниченными возможностями из-за нарушения осанки, мышечной слабости, зачастую не в состоянии самостоятельно сидеть. Для вертикализации пациентов в кресле, стуле или коляске нами предложено и успешно используется корсет для сиденья (фото 5А). Изделие состоит непосредственно из самого корсета с 4-мя ремнями и фартука. Корсет запа-хивается на животе пациента спомощью липкой ленты типа «велькро».



Фото 5В



Фото 5С



Фото 5D

Сзади корсета пришиты ремни: 2–вертикально и 2-горизонтально (фото 5В). С помощью них и петель корсет крепится к спинке кресла, стула на котором должен сидеть пациент (фото 5С). Корсет для сиденья прост в изготовлении, функционален, пользуется спросом у пациентов.

Для пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела рекумендуется полужесткий корсет с металлическими вставками (фото 6), послеоперационный корсет после удаления грыжи в поясничном отделе позвоночника.



Фото 6.



Фото 7.



Фото 8.

Для коррекции осанки и сутулости грудного отдела позвоночника мы изготавливаем реклинаторы, позволяющие обучить пациента удерживать туловище в правильном положении (фото 7). Детям со специфическими нуждами, которые не могут самостоятельно передвигаться, мы рекомендуем страховочный пояс. Посредством его и помощи взрослых или тренера дети имеют возможность обучаться ходьбе, перемещаться, заниматься лечебной физкультурой (фото 8). Для пациентов со сколиотической деформацией позвоночника изготавливаем жесткие корсеты типа Шено и Бостон.

Индивидуальный подход в ортезировании позволяет с учетом особенностей заболевания, локальности патологии пациента изготавливать корсеты обеспечивающие разгрузку, фиксацию, стабилизацию позвоночника, что является базовым в общем комплексе лечения заболеваний позвоночника.

Литература:

1. Способ коррекции нарушения осанки и грудопоясничный корректор для вертикализации позвоночника. Булекбаева Ш.А., Сейсембеков Т.А., Мухаметжанов Б.Ж., Тайтубаева Г.К., Сулейменов Ж.Б. Инновационный патент Республики Казахстан № 23351.
2. Экспресс ортезирование, Петров Н.С., Мальный В.Я., Баиндурашвили А.Г., Санкт-Петербург, 2008г.
3. Ортезирование при вялых и спастических параличах. Методические рекомендации. НПЦ «Огонек». Москва.

Түйіндеме

**ОМЫРТҚАНЫ ТҮЗЕУ МЕН ЖЕҢІЛДЕТУГЕ АРНАЛҒАН
ЖАРТЫЛАЙ ҚАТТЫ КОРСЕТТЕРДІ ӘЗІРЛЕУ ЖӘНЕ
ПАЙДАЛАНУ ТӘЖІРИБЕСІ**

**Ш.Ә. Бөлекбаева, Б.Ж. Мұхаметжанов, Т.Ә. Сейсембеков,
Г.Қ. Тайтубаева, А.Б. Сәтжанов, В.И. Матаева**

Омыртқаның ауырған бөлігін тұрақтандырмай дәрі-дәрмекті және физио емдеу тиімді емес. Жеке дайындалған ортез (корсет), жүктеменің бөлігін өзіне алып немесе оны дененің басқа бөліктеріне тарату арқылы тірек қабілеттілігін қалпына келтіруге, ауру синдромын азайтуға немесе жоюға, ауру процесінің одан әрі дамуын алдын алуға мүмкіндік береді.

Осы мақсатта бізбен қысымның үшінші нүктесі арқылы үш нүктеге түзету әсерін тигізетін мүсінді түзету жабдығы әзірленді, бұл омыртқаның түзелуіне әсер етуді қамтамасыз етеді.

Summary

**EXPERIENCE OF THE DEVELOPMENT AND USE OF SEMI CORSETS FOR VERTICAL
INTEGRATION AND UNLOADING THE SPINE**

**Sh. Bolekbayeva, B. Mukhametzhanov, T. Seisembekov,
G. Taitubayeva, A. Satzhanov, V. Matayeva**

Any medication and physiotherapy is ineffective without stabilization of the spine. Individually made ??brace (corset), taking on the part of the load or redistributing it to other parts of the body can restore support ability, reduce or eliminate pain, prevent further disease process.

For this purpose, we developed the posture correctors with a third pressure point, which have a corrective effect in three points for maximum effect spine verticalization.

УДК: 616.833.17-08:615.814.1

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА МЕТОДОМ ФАРМАКОАКУПНКТУРЫ

М.Ж. Конысова, С.Е. Мадирова, Ж.Т. Бокебаев, Т.Т. Бокебаев

АО « Медицинский Университет Астана», Астана

Актуальность проблемы нейропатии лицевого нерва определяется, прежде всего, частотой развивающихся при данном заболевании осложнений и отсутствием достаточно эффективных способов терапии. Частота нейропатий лицевого нерва колеблется в пределах 20-30 на 100 тыс. населения, и не имеет ни сезонных, ни гендерных различий [1]. Само заболевание - идиопатическая нейропатия лицевого нерва, как правило, не представляет непосредственной угрозы для жизни [2], но довольно высокая частота (от 25 до 30%) осложнений (контрактуры, тотальная прозоплегия и др.) при поражении этого черепного нерва приводит к значительному ухудшению показателей качества жизни пациента.

Данные из доступных литературных источников [1-3] свидетельствуют, что в остром периоде болезни восстановление лицевого нерва происходит за счет такого звена патомеханизма, как улучшение невральнй проводимости, в то время как в периоде развития стойких остаточных явлений восстановление может идти, в первую очередь, за счет улучшения кровоснабжения [1-3] мимической мускулатуры и снижения возбудимости мышечных рецепторов.

По-нашему мнению, целесообразно одновременно воздействовать на все звенья патогенеза заболевания и возможных осложнений в инициальном периоде нейропатии. С этих позиций аргументированным для лечения нейропатии лицевого нерва представляется разработанная нами (Т.Т. Бокебаев, М.Ж. Конысова, 2008) методика, гармонично сочетающая механизмы воздействия на указанные выше звенья патогенеза.

Целью исследования было изучение результатов и оценка эффективности метода фармакоакупунктуры – сочетанного применения лекарственной терапии и корпоральной иглорефлексотерапии.

Материал и методы.

Лечебно-реабилитационный эффект оценивался по динамике клинико-неврологических проявлений болезни, кардинальным из которых была выраженность пареза мимических мышц. Тяжесть прозопареза оценивалась по следующим градациям (Я.С. Балабан, 2008) [4]:

1. легкая степень невротии - больные со слабостью мышц 3-4 балла;
2. средняя степень тяжести невротии – прозопарез в 2 балла;
3. тяжелая степень невротии - прозопарез 1- 0 баллов.

Описание методики лечения.

Пациенту парентерально вводится 400 мг актовегина на 0,9% растворе натрия хлорида. На 15-20 минуте инфузии препарата начинают воздействие на точки акупунктуры по следующей рецептуре: ди-цан, сы-бай, тай-ян, цуань-чжу, фэн-чи, хэ-гу, жэнь-чжун, хэ-ляо, ин-сян.

Под нашим наблюдением находилось 49 больных с идиопатической нейропатией лицевого нерва в возрасте от 17 до 56 лет, получивших в комплексной терапии фармакоакупунктуру. Из них мужчин – 19, женщин – 30. По тяжести заболевания больные были распределены на 3 группы: с невропатиями легкой степени выраженности - 7, средней степени - 23 и с тяжелыми невропатиями - 19 (таблица 1). Контрольная группа состояла из 32 больных с нейропатией лицевого нерва, сопоставимых по возрастному-половому составу и тяжести заболевания (таблица 1), которые принимали стандартное лечение, включавшее дегидратационные и противоотечные препараты, витаминотерапию, актовегин 400 мг на 200,0 физиологического раствора.

Результаты и обсуждение.

Как видно из таблицы, наилучший эффект на 10 день мониторингования результатов лечения отмечен в группе больных с легкой степенью нейропатии, которые получили первый курс акупунктуры с одновременным парентеральным введением актовегина. Вместе с тем следует отметить, что полного восстановления функций мимической мускулатуры на этот период лечения мы не наблюдали.

Таблица 1.

Распределение пациентов в зависимости от результатов лечения

Группы больных	Степень выраженности нейропатии (абс/%)					
	легкая		умеренная		тяжелая	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Основная	17 (39,0)	34(69,0)	23 (47,0)	10 (20,0)	9 (14,0)	5 (10,0)
Контрольная	12 (38,0)	16 (32,0)	16 (50,0)	12 (37,0)	4 (12,0)	4 (12,0)

В основной группе больных с умеренной тяжестью нейропатии также отмечена позитивная картина: число больных снизилось от 23 до 10, то есть на 27%, в то время как в контрольной группе отмечено уменьшение числа пациентов с умеренной тяжестью только на 13%.

Что касается группы больных с тяжелой степенью нейропатии, то при применении фармакоакупунктуры количество наблюдений на 10 день от момента начала лечения существенно не изменилось (таблица 1). В контрольной же группе их число осталось на прежнем уровне, то есть 12% до лечения и столько же после лечения. Одно из объяснений этому - тяжесть течения нейропатии, обусловленное поздним обращением и соответственно несвоевременным началом лечения, в том числе и фармакоакупунктурного.

Согласно концепции восточной медицины «при нехватке жизненной энергии (Ци)» в коллатералиях образуется «пустота», поры кожи становятся неплотными, патогенный ветер, воспользовавшись пустотой, проникает внутрь, что вызывает образование завалов в коллатералиях, нарушается свободная циркуляция Ци и крови, возникает «перекос лица». Отсюда следует оживить кровь, прочистить коллатерали, рассеять ветер. Ручной и ножной каналы ян-мин (толстого кишечника и желудка) вверху достигают головы и лица, внизу - ладоней и ступней, поэтому использование ручного и ножного каналов ян-мин - ди-ца, сы-бай, хэ-гу - принцип сочетания «близких» и «далеких» точек, способствует устранению застоя Ци и крови в области лица. Фэн-чи - точка пересечения ручного и ножного каналов шао-ян (сань-цзяо и желчного пузыря) и ян-вэй-май воздействует на рассеивание «патогенного ветра». Ян-бай, тай-ян и цуань-чжу нормализуют Ци в области лица. Как известно, актовегин препарат с антигипоксантичным, антиоксидантным свойством, улучшает микроциркуляцию и кровоснабжение в органах и системах [5]. Эти замечательные качества фармакологического препарата гармонично дополняют указанные выше звенья акупунктурного воздействия. Однонаправленный вектор лечебного воздействия, в том числе и нормализующий нервную проводимость по моторным волокнам и оптимизирующий невральную гемодинамику, нашел отражение на благоприятном исходе при лечении острой фазы нейропатии лицевого нерва методом фармакоакупунктуры.

Выводы

1. Применение метода фармакоакупунктуры, основанного на одновременном парентеральном введении актовегина и воздействии на точки акупунктуры, на 10 день с момента начала лечения способствует значительному и ускоренному регрессу неврологической симптоматики острой нейропатии лицевого нерва.

Литература:

1. Антропова М.И., Котенева В.М. Неврит лицевого нерва (современное комплексное лечение). – М., 1985., с.56-67.
2. Иваничев Г.А. Контрактура мимической мускулатуры. – Казань, 1992., 142 с.
3. Гречко В.Е., Степанченко А.В., Турбина Л.Г., Семенова С.Ю. Современные аспекты реабилитации больных с невротиями лицевого нерва // Неврологический вестник. – 1994. – Т. XXVI, вып. 3-4. – с.68-76.

4. Балабан Я.С. Полиомиелит. Киев, Госмедиздат УССР, 1960. - 187с. (градации тяжести клинических проявлений периферического прозопареза).

5. Морозова О.Г., Здыбский В.И., Ярошевский А.А. Практикующему неврологу – Харьков 2008. - с.17-25.

Түйіндеме

ФАРМАКОАКУПУНКТУРА ӘДІСІМЕН БЕТТЕГІ ЖҮЙКЕЛЕРДІ НЕЙРОПАТИЯСЫН ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

М.Ж. Қоңысова, С.Е. Мадирова, Ж.Т. Бөкебаев, Т.Т. Бөкебаев

Фармакоакупунктура әдісі арқылы жедел сатысындағы бет нервінің нейропатиясымен ауыратын науқастардың ем нәтижелері көрсетілген. Фармакоакупунктура невральді өткізгіштік пен жүйке қанайналымын жақсарта отырып, бет жүйкесіндегі компрессионды-ишемиялық өзгерістерді азайтады. Бұл сырқаттың неврологиялық көріністерін тез және айқын төмендетеді.

Summary

RESULTS OF THERAPY OF FACIAL NERVE NEUROPATHY BY A METHOD OF PHARMAACUPUNCTURE

M. Konysova, S. Madiyarova, Z. Bokebayev, T. Bokebayev

The results of treatment by pharmacoacupuncture of patients with facial nerve neuropathy in an acute phase are presented. Pharmacoacupuncture, improving neural conductivity and nerve blood supply, promotes reduction of compressive-ischemic changes in a facial nerve that correlates with the accelerated and considerable regress of neurologic manifestations of disease.

УДК: 618.32/33:616.9

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ НА НОВОРОЖДЕННОГО И ПЛОД

Ш.А. Булекбаева, Б.М. Хамиева, М.Ж. Шакенов

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», Астана

Знания в области акушерства-гинекологии, неонатологии и неврологии продвинулись сегодня далеко вперед, вместе с тем рождение неполноценных детей в нашей республике не уменьшается, а катастрофически растет.

В последнее время в мире таких детей называют детьми с особыми нуждами и слово «инвалид» практически не употребляется. Мы также будем называть таких детей детьми с особыми нуждами.

Сегодня наше общество насчитывает 47 242 ребенка с особыми нуждами, в то время как в 2007 году их количество не превышало 43 472 ребенка.

Принятые в 2008 году критерии живорождения и введенный мораторий на административные меры в связи с прогнозируемым ростом медико-статистических показателей способствовали росту рождаемости за период с 2008-2009 годы на 34 516 детей, увеличению рождения детей с экстремально низкой массой тела. В этот период снизились ранняя неонатальная смертность на 1,9 на 1000 детей, родившихся живыми, и количество мертворожденных на 2,6 на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми [1].

Бытует мнение, что рождение ребенка с поражением центральной нервной системы связано с травмой в родах, матери обвиняют, прежде всего, врачей, с которыми столкнулись на различных этапах беременности и родов.

А если посмотреть на эту ситуацию с другой стороны... На сегодняшний день растет количество подростков, не имеющих знаний и навыков личной гигиены и вступающих в ранние беспорядочные половые связи. В этой связи инфекция, передающаяся половым путем, имеет тенденцию роста.

Беременность может наступить на фоне инфекции, а также инфицирование может произойти в различные сроки гестации. Наличие инфекции может спровоцировать прерывание беременности при любом сроке, что связано с внутриутробным инфицированием плода, которое проявляется поражением различных его органов и систем (пневмония, менингоэнцефалит, сепсис, гепатит, пиодермии и т.д.).

Беременность вызывает снижение иммунитета, на этом фоне возбудитель любой этиологии может вызвать кольпит, цервицит, затем инфекция, проникая в эндометрий, вызывает амнионит, многоводие или маловодие, плацентит и далее инфицирование плода.

При наличии хорошего иммунного статуса у беременной женщины инфекция может не оказывать влияние на состояние плода, поэтому его инфицирование возможно при прохождении через родовые пути.

К наиболее изученным внутриутробным инфекциям, оказывающим влияние на плод относится TORCH-комплекс, включающий в себя ТО-токсоплазмоз, R-краснуху, С-цитомегалию и Н-вирус простого герпеса, а также сифилис и ВИЧ-инфекцию. Все эти виды возбудителей отличаются высокой толерантностью и частотой поражения ЦНС [2].

Цитомегаловирус - часто встречающаяся инфекция, поражает до 2 % детей, вызывая у них респираторный дистресс-синдром, поражение ЦНС с летаргией, судороги, хориоретинит и слепоту, глухоту, а у некоторых детей клинику респираторной вирусной инфекции.

Вирус простого герпеса вызывает задержку психомоторного развития у детей, инфицирование женщины на ранних этапах беременности формирует пороки развития ЦНС и других органов у плода, что связано с развитием микроцефалии, микрофтальмии, кистозных образований. Наличие менингита, менигоэнцефалита, гидроцефалии, гипоплазии мозжечка, абсцесса мозга с поражением различных сфер глаза свидетельствуют о перенесенной герпетической инфекции.

По литературным данным [3] эмбрион и плод особенно восприимчивы к повреждающим экзогенным влияниям в «критические» периоды своего развития, что играет большую роль в формировании врожденных пороков.

Общеизвестно, что воздействие инфекции вызывает прерывание беременности, на ранних сроках гестации - ранние выкидыши, в более поздние сроки - преждевременные роды.

Дети, рожденные от преждевременных родов с очень низкой массой тела при рождении (500,0-1000,0), рождаются недоношенными и с проявлениями внутриутробной гипотрофии. По данным М.М. Лепесовой (2010) 70 % детей с низкой массой тела погибают в периоде новорожденности, около 10 % - на первом году жизни, оставшиеся в живых, отличаются высокой частотой поражения ЦНС.

Состояние внутриутробного плода и исход беременности находятся в прямой зависимости от срока гестации, на котором произошло инфицирование, чем раньше плод был инфицирован, тем тяжелее его состояние. Инфицирование плода в первом триместре сопровождается возникновением истинных пороков развития, замершей беременностью и самопроизвольным выкидышем.

Инфекционные заболевания различной этиологии играют важную роль в развитии фетоплацентарной недостаточности. Проникая через плаценту, возбудители оказывают повреждающее воздействие на плод, снижается синтез белка и дисбаланс уровня вырабатываемых гормонов, что приводит к хронической

внутриутробной гипоксии плода, задержке внутриутробного развития плода (ЗВУР), угрозе прерывания беременности. Наиболее характерными клиническими симптомами внутриутробной инфекции являются: многоводие или маловодие, тахикардия, задержка развития плода, нарушение его дыхательной и двигательной активности.

На более поздних сроках гестации под влиянием инфекции возможно формирование патологии различных органов и систем плода, например гидроцефалии, водянки мозга. Если инфицирование произошло перед родами, то плод, проходя через родовые пути, инфицируется, и заболевание может проявиться в первые дни после рождения [4].

В исследование включены 44 ребенка в возрасте от 3 до 5 лет, находившихся на реабилитации в психоневрологических отделениях АО «РДРЦ» за период с января по июнь 2011 года. Дети с детским церебральным параличом составили 39 человек (89%), с врожденными пороками центральной нервной системы - 3 пациента (7%) и изолированной задержкой психоречевого развития - 2 ребенка (4%) от общего числа наблюдений. Воздействие экстрагенитальной патологии у матерей вызвало преждевременные роды в 27 случаях (61%), в асфиксии родилось 25 детей (57%), 8 детей (18%) перенесли в перинатальном и раннем постнатальном периодах инфекции, вызванные цитомегаловирусом и вирусом простого герпеса, 2 случая - натальной травмы плечевого сплетения и поствакцинальной патологии ЦНС. 20 женщин были первобеременные и первородящие (45%), у 8 - повторная беременность и первые роды (18%), остальные 16 (36%) - повторобеременные и повторородящие. Во всех случаях поражения ЦНС у детей имелось два и более неблагоприятных факторов воздействия.

Таким образом, наиболее значимыми неблагоприятными факторами развития патологии ЦНС и формирование особых нужд у детей в наблюдаемой группе были недоношенность и асфиксия. В частности, преждевременным родам способствовала инфекция, а морфофункциональная незрелость часто приводила к травматизации новорожденных в родах.

Решение проблемы рождения детей с особыми нуждами стоит, прежде всего, перед акушерами-гинекологами, с первых дней беременности необходимо вести пренатальную диагностику и лечение всех женщин, желающих стать матерью. Плод с первых дней жизни и до момента родов становится пациентом.

Участковым акушерам-гинекологам необходимо проводить просветительскую работу с подростками, молодыми людьми и молодыми супружескими парами о пагубном воздействии инфекции, передающейся половым путем, о ее последствиях, на базе женских консультаций проводить школы для будущих матерей, вести пренатальную диагностику плода. Основная доля ответственности за рождение здорового доношенного новорожденного ложится на

плечи акушеров-гинекологов, которые на ранних сроках гестации выявляют патологические процессы в организме беременной женщины, приводят их к физиологической норме и поддерживают до наступления родов

Литература:

1. Статистический сборник. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2008 году. Астана, 2009.
2. Лепесова М.М. Детская неврологическая инвалидность (Вопросы диагностики и профилактики) // Вестник АГИУВ.- 2010.- №1 (09).- С.8-9.
3. Кирюценков А.П. Влияние вредных факторов на плод.- М.: Медицина, 1978.- 168 с.
4. Сидорова И. С., Макаров, Матвиенко Н. А. Внутриутробная инфекция. Ведение беременности, родов и послеродового периода.- М.: МЕДпресс-информ, 2008.- 208с.

Түйіндеме

**АНТЕНАТАЛДЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫҢ ЖАҢА ТУҒАН БАЛАҒА
ЖӘНЕ ІШТЕГІ СӘБИГЕ ӘСЕР ЕТУІ**

Ш.А. Бөлекбаева, Б.М. Хамиева, М.Ж. Шакенов

Мақалада «РБОО» АҚ психоневрологиялық бөлімшелерде оналтылған 44 бала бойынша мәліметтер көрсетіліп, жүктелік кезі өтуге ұрыққа және нәрестеге әсер ететін бірнеше факторлар талдауланған

Summary

EFFECT OF INTRAUTERINE INFECTION OF NEWBORN AND FETUS

Sh. Bulekbayeva, B. Khamiyeva, M. Shakenov

The article reflects observation of 44 children, who had rehabilitation at psychoneurological departments of "RCRC" JSC, analyze the impact of various factors on the pregnancy, fetus and newborn.

УДК: 616.831-009.11-036.83-053.2:615.479.5

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ НАГРУЗОЧНЫХ КОСТЮМОВ «АДЕЛИ» И «ГРАВИСТАТ» В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДЦП

Ш.А. Булекбаева, Ш.К. Оспанова, Ж.А. Медетбекова, А.К. Байдарбекова

Республиканский детский реабилитационный центр, г. Астана

Детский церебральный паралич (ДЦП) - это тяжелое заболевание, связанное с поражением нервной системы во внутриутробной периоде и после родов [1]. При раннем начале лечения и продолжительном проведении восстановительного лечения уровень инвалидности ребенка может быть существенно снижен [2]. Реабилитационные мероприятия при лечении детей с различными формами ДЦП направлены на восстановление движений, речи, практических навыков и расширение социальных контактов пациентов [1]. Реабилитационные мероприятия включают в себя: медикаментозное лечение; коррекционную педагогику; занятия лечебной физкультурой с использованием позиционеров; физиолечение, динамическая проприоцептивная коррекция посредством лечебных нагрузочных костюмов (ЛНК «Адели» и «Гравистат») [3].

ЛНК «Адели» и «Гравистат» является одновременно мягким ортопедическим аппаратом и нагрузочным тренажером, влияющим на многократное усиление и коррекцию проприоцептивной импульсации в кору и подкорку головного мозга, нормализующим функции поврежденных структур мозга, контролирующим моторику [4].

Лечебный костюм «Адели» представляет собой оригинальную систему фиксаторов и амортизаторов, прикрепленных к специальной одежде, состоящей из шапки, куртки, шорт, наколенников и ботинок. Натяжение амортизаторов позволяет устранить патологические положения частей тела, нормализовать мышечный тонус за счет растяжения спастичных мышц и создания облегчающих условий для их антагонистов. Создавая правильные взаимоотношения между частями тела, и устраняя патологические установки, костюм способствует формированию правильной схемы взаиморасположения частей тела и схемы движений, что является основой для формирования моторики [5].

Лечебный костюм «Гравистат» имеет ряд элементов, отсутствующих в «Адели». ЛНК «Гравистат» содержит опорно-постановочный бандаж для грудной части туловища и плечевого пояса – реклинатор, а также фиксаторы поясницы, колена и голеностопного сустава, бандаж стопы и стельки супинаторы. ЛНК содержит постановочные элементы, выполненные в виде эластичных пластин, способных фиксироваться к различным деталям костюма. При необходимости

удерживать голову в правильном положении, надевается головодержатель [5].

ЛНК «Гравистат» позволяет создать эластичный фиксирующий каркас (с сохранением функции движения) для тела или отдельных его частей, уменьшив при этом разболтанность суставов (голеностопного и коленного), обеспечить активную деятельность мышц стопы и более правильную ее постановку [5].

Цель исследования. Оценить эффективность использования вышеописанного метода в условиях РДРЦ для детей с различными формами ДЦП.

Материалы исследования. В исследование были включены 105 детей с диагнозом детский церебральный паралич, из которых:

- 40 детей с гемипаретической формой ДЦП (37%);
- 30 с гиперкинетической и спастико-гиперкинетической формами ДЦП(28%);
- 35 детей с атонически-астатической формой ДЦП (32%).

Средний возраст детей от 3 до 5 лет (-+) 1,2 года.

Для оценки эффективности применения ЛНК в реабилитации больных детей разделили на контрольные и основные группы, то есть:

- из 40 детей с гемипаретической формой ДЦП костюмы одевали 20 детей (основная группа №1), что составило 50% детей этой группы,
- из 30 детей с гиперкинетической и спастико-гиперкинетической формами ДЦП ЛНК использовали 15 детей (основная группа №2), что также составило 50% детей этой группы,
- из 35 детей с атонически-астатической формой ДЦП 15 детям применялись ЛНК (основная группа №3), что составило 43% детей данной группы.

Дети с вышеперечисленными формами ДЦП, не использовавшие ношение ЛНК составили контрольные подгруппы 1,2,3 в аналогии с основными.

Таблица 1.

Сравнение положительной динамики у больных с ДЦП

Формы ДЦП	Основная (использовавшие ЛНК)	Контрольная (не использовавшие ЛНК)
Дети с гемипаретической формой ДЦП (всего 40 детей)	У 10 (50%) из 20	У 8 (40%) Из 20
Дети с гиперкинетической и спастико-гиперкинетической формами ДЦП (всего 30 детей)	У 10 (66%) из 15	У 5 (33%) из 15
Дети атонически-астатической формой ДЦП (всего 35 детей)	У 7 (47%) из 15	У 9 (45%) из 20

Лечение проводилось на базе психо-неврологического отделения «Кадам» РДРЦ. Курс лечения составил 24 дня. Все дети (использовавшие в курсе реабилитации ЛНК а также не использовавшие таковые по различным причинам) получали комплекс реабилитационных мероприятий, включающий в себя медикаментозную терапию, физиопроцедуры, коррекционную педагогику с психологами, дефектологами, логопедами, эрготерапевтами и игротерапевтами, а также занятия в школе Монтессори, лечебную физкультуру с использованием позиционером.

Результаты исследования.

Как видно из таблицы 1 в результате полученного лечения в динамике у детей из основной группы №1 (дети с гемипаретической формой ДЦП) отмечалось улучшения в виде: уменьшения повышенного мышечного тонуса, расширения объема движений в паретичных конечностях, улучшение походки. Данная динамика наблюдалась у 10 (50%) детей основной группы против 8 (40%) детей контрольной группы, различие составило 10 %, что является небольшой разницей.

Во второй группе (дети с гиперкинетической и спастико-гиперкинетической формами ДЦП) положительная динамика наблюдалась в виде уменьшения гиперкинезов, улучшения баланса и равновесия при ходьбе и выполнении точных движений, уменьшения спастики и расширения объема движений. Данные изменения были отмечены у 10 (66%) детей основной группы против 5 (33%) детей контрольной группы. Различие составило 33%, что демонстрирует значимую разницу.

Положительный результат лечения среди детей 3 группы в виде улучшения качества походки, баланса и равновесия при ходьбе, укрепления мышц, улучшения координации движений наблюдался у 7 (47%) детей основной группы против 9 (45%) детей контрольной группы, различие составило 2%, что является незначительной разницей.

Выводы.

В результате проведенного исследования было доказано, что использование ЛНК «Адели» и «Гравистат» в сочетании с базисным лечением приводит к положительным результатам в реабилитации детей с гемипаретической, спастико-гиперкинетической, гиперкинетической и атонически-астатической формами ДЦП. Однако данное сочетание наиболее эффективно при гиперкинетической и спастико-гиперкинетической формах ДЦП.

Литература:

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. *Детский церебральный паралич*. Киев, «Здоровье», 1988. – С. 122-123.
2. Семенова К.А. *Этиология, патогенез и клиника детского церебрального паралича*. Детский церебральный паралич: тезисы. М1971; С72-83.

3. Семенова К.А. //Невропатологии и психиатрии.- 1980. -№10. - С. 1445-1450.
4. Булекбаева Ш.А. Современные методы в комплексной реабилитации детского церебрального паралича». Руководство для врачей, Астана, 2008. – 100 с.
4. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации. Руководство для врачей.
5. Куркова Л.Б., Самойлова С.В., Коровкин С.А. Лечебная гимнастика для больных ДЦП с использованием лечебных костюмов Адели и Гравистат. Методические рекомендации государственного научно-практического учреждения Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями, Москва.

Түйіндеме

ӘРТҮРЛІ БЦС АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫ ОҢАЛТУДА «АДЕЛИ» ЖӘНЕ «ГРАВИСТАТ» ЕМДІК ЖҮКТЕМЕ КОСТЮМДЕРІН ҚОЛДАНУ

Ш.Ә. Бөлекбаева, Ш.К. Оспанова, Ж.А. Медетбекова, А.К. Байдарбекова

РБОО жағдайында әртүрлі БЦС ауыратын балаларға арналған емдік жүктеме костюмдерін пайдалану тиімділігіне баға берілді. Жүргізілген зерттеу нәтижесінде «Адели» және «Гравистат» ЕЖК базалық емдеумен бірге пайдалану гемипаретикалық, спастико-гиперкинетикалық, гиперкинетикалық және атоникалық-астатикалық БЦС ауыратын балаларды оңалтуда жақсы нәтижеге жетуге болатындығы дәлелденді. Бірақ, аталған үйлесімдер гиперкинетикалық және спастико-гиперкинетикалық БЦА кезінде айтарлықтай тиімді болады.

Summary

USE OF THERAPEUTIC SUITS "ADELI" AND "GRAVISTAT" IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH VARIOUS FORMS OF CEREBRAL PALSY

Sh. Bulekbayeva, Sh. Ospanova, Zh. Medetbekova, A. Baydarbekova

Evaluate the effectiveness of costumes treatment in RCRC for children with various forms of cerebral palsy. The study proved that the use of the costumes "Adeli" and "Gravistat" in conjunction with the base treatment leads to positive results in the rehabilitation of children with hemiparetical, spastic-hyperkinetical, hyperkinetic and atonic-astatic forms of CP. However, this combination is most effective in spasticity and hyperkinetic forms of cerebral palsy.

УДК: 616.89-008.43-053.2

МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БАЗЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Ш.А. Булекбаева, М.Н. Махаманова

Республиканский детский реабилитационный центр, г. Астана

Социальная адаптация и интеграция в общество детей с ограниченными возможностями здоровья - основная задача медицинской, психолого-педагогической и социальной реабилитации. Для ее решения применяется комплексная система мероприятий, среди которых метод биологической обратной связи (БОС) занимает особое место.

Сущность метода БОС при коррекции речи заключается в обучении пациента контролировать и целенаправленно изменять течение нарушенной физиологической функции, участвующей и влияющей на процесс речеобразования (дыхание, мышечный и вегето-сосудистый тонус, психо-эмоциональное состояние). Для этого с помощью приборов БОС регистрируют физиологические параметры пациента, связанные с нарушенной функцией, и предъявляют их обучаемому в виде визуального и слухового сигнала обратной связи. Получая объективную информацию о нарушенной функции, пациент находит и обучается воспроизводить такое состояние, которое нормализует эту функцию [1].

Кроме этого, сам метод БОС обладает рядом преимуществ перед другими методами: индивидуальная объективная диагностика, постоянный контроль за корректируемой функцией и ее физиологическими показателями, активизация собственных резервных возможностей организма и наиболее экономичное использование его энергозатрат, наглядность выполнения упражнений, обеспечение дополнительной мотивации, сокращение сроков реабилитации, устойчивость формируемых навыков.

Логотерапевтический кабинет БОС работает в РДРЦ г. Астаны с 2007 года. Центр оказывает услуги детям и подросткам с различными проблемами здоровья, где основной процент из них - пациенты с детским церебральным параличом (ДЦП) различной формы. Комплексное психолого-логопедическое обследование детей с ДЦП показало низкий уровень сформированности психологической базы речи. Были выявлены нарушения зрительного восприятия, пространственных и временных представлений, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти. Для детей с ДЦП характерны низкая познавательная активность и работоспособность [2].

В структуре дефекта значительное место занимают речевые нарушения. По

данным литературы при спастической диплегией речевые нарушения наблюдаются у 70% детей, при гемипаретической форме ДЦП речевые расстройства отмечаются в 30-50% случаев, при гиперкинетической форме – у 90% детей и чаще в форме гиперкинетической дизартрии, при атонически-астатической форме чаще наблюдается мозжечковая и псевдобульбарная дизартрия, которая составляет 60-70% [3].

Нами было обследовано и взято на логотерапию методом БОС 28 детей.

Речь всех детей с ДЦП при дизартрии смазанная, нечеткая, нередко с нарушением темпа, который может быть ускоренным, но чаще замедленным. Почти у всех детей с такой патологией выявлено нарушение дыхания: дыхание учащенное, с характерным нарушением ритма во время речи, нарушением формирования удлиненного произвольного выдоха. Первое контрольное тестирование детей-логопатов с применением метода БОС по дыхательной аритмии сердца (ДАС) показало, что частота дыхания у детей 5-7 лет с ДЦП при дизартрии составляет от 15 до 22 дыхательных движений в минуту. При речевой нагрузке частота дыхания значительно увеличивалась и достигала 19-28 в минуту. Показатель ДАС в среднем равнялся 16-19 единицам. Логокоррекция методом ДАС-БОС давала возможность сочетать работу по исправлению дизартрических расстройств со стимуляцией развития высших психических процессов у детей с ДЦП.

С каждым ребенком на этапе формирования диафрагмально-релаксационного дыхания (ДРД) с максимальной величиной ДАС было проведено 10 сеансов. Продолжительность каждого сеанса составляла 20-25 мин. Занятия проводились ежедневно, кроме выходных. По окончании курса ДАС-БОС было проведено второе контрольное тестирование, которое показало:

- у 10 детей частота дыхания (ЧД) уменьшилась на 4,4 и достигла 10,4 дыхательных движений в минуту;
- у 9 детей величина ДАС возросла на 7,1 единицу и достигла 24,4 единиц;
- у 7 детей снизилась минимальная частота сердечных сокращений (ЧСС) на 9,8 ударов в минуту.

Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод о том, что благодаря БОС-терапии удалось разрушить «патологический» стереотип дыхания и начать формирование нового речевого стереотипа, позволяющего выработать навык плавной, благозвучной речи. Логотерапевтические сеансы БОС способствуют формированию у детей с ДЦП сенсорных функций, всех видов восприятия и пространственно-временных представлений, развивают у них познавательную деятельность и внимание, повышают самооценку и способствуют развитию целеустремленности, усидчивости и активности. Педагоги и родители отмечают уменьшение у детей психоэмоционального напряжения и тревожности. Таким образом, коррекция речи методом БОС дает логопеду возможность значительно

улучшить речевые способности ребенка с ДЦП при дизартрии [4].

Возможности социальной адаптации детей и подростков с отклонениями в развитии находятся в прямой зависимости от характера и тяжести первичных нарушений, наличия дополнительных отклонений, их индивидуальных особенностей, организации процесса обучения и воспитания детей, воздействия ближайшего социального окружения.

Практика показывает, что дети с речевыми нарушениями, в частности с заиканием и логоневрозами поступают в наш центр как с сельской так и с городской местности. Если городские дети не всегда бывают охвачены логопедической службой, то дети с сельской местности лишены ее изначально. Эти и другие причины социального характера негативно сказываются на развитии речи детей, что обязательно влечет за собой последствия в виде отставания в учебе, психологические проблемы, ограничения социальных контактов.

Прогноз преодоления заикания зависит от многих условий, в первую очередь от его механизмов, от сроков начала комплексного воздействия и полноты его применения, от возраста и т.д.

Для детей заикающихся и с логоневрозом основным составляющим компонентом в преодолении речевого нарушения являются занятия по программе БОС-ЛОГО. В процессе работы мы наблюдали 100 детей школьного возраста, занимавшихся по программе БОС-Лого. Количество занятий составило 15-20, продолжительность занятия по программе варьировалась от 20 до 30 минут. Все без исключения дети освоили навык диафрагмально-релаксационного дыхания, на его основе прочитывались звуки, слоги, слова, предложения, тексты. После приобретения навыков безуспешной речи дети практиковались в составлении рассказов по картинке, делали пересказ прочитанного. В начале курса мы записывали речь пациента с целью констатирования текущего состояния речи. В конце курса также производится запись речи пациента- как в процессе работы, так и спонтанная, что дает возможность сравнить качество речи до начала занятий и после прохождения курса лечения.

Практические врачи и логопеды при коррекции речи, и в особенности при сформировавшемся патологическом стереотипе речи, преследует следующие цели:

Первая – отказываются от присущего патологического стереотипа речи. Оптимальный вариант – уничтожить его полностью, что сделать традиционными методами крайне сложно, так как для исключения нежелательных проявлений необходим постоянный контроль за физиологическими показателями пациента.

Вторая – формируют новый стереотип речи, который должен соответствовать индивидуальной норме. Для формирования нового речевого стереотипа и функционального состояния в целом рекомендуется методика с применением метода ЧСС-ДАС-БОС [5].

У заикающегося ребенка регистрируются текущие показания ЧСС и подаются ему в виде звуковых и зрительных игровых, цифровых и графических сигналов обратной связи. Применяются игровые компьютерные программы, в которых пациент таким дыханием «закрашивал» вертикальные или горизонтальные полосы. Имеются и другие игровые сюжеты. Ребенку предлагали дышать плавно, ритмично, без задержек вдоха и выдоха, постепенно увеличивая ДАС. Вдох пациент делает при достижении минимального значения ЧСС на выдохе. Фаза выдоха постепенно удлиняется. На вдохе живот выпячивается, ЧСС увеличивается, на выдохе происходит обратная картина. Используя сигналы БОС о сердечном ритме и игровые сюжеты прибора и программы, пациент подбирает такой ритм дыхания, при котором амплитуда ДАС наибольшая. Правильное выполнение фазы выдоха требует особого внимания, так как она является для речи рабочим периодом. В результате синхронизации дыхания и сердечного ритма оказывается положительное воздействие на организм. Правильное выполнение упражнения вырабатывало навык диафрагмально – релаксационного дыхания и формировало у пациента положительную мотивацию к самоуправлению.

При возникновении стресса, избыточного мышечного и психо – эмоционального напряжения пациент и специалист получали информацию о изменившейся физиологической функции по цепочке БОС и корректировали эту функцию, используя специальные упражнения с БОС и применяя дыхание по методу ЧСС-ДАС-БОС. Обычно к 3-5 занятию у пациента формируется диафрагмально – релаксационный тип дыхания по методу ЧСС-ДАС-БОС.

Известен тот факт, что чтение способствует формированию и развитию речи, лучшей координации речевых функций. Для тренировки этих упражнений в программе есть специальные сюжеты по чтению. Например, по мере снижения ЧСС на выдохе полоса (строчка), на которой находится текст, меняет цвет, или меняют цвет сами буквы. Использовались и другие игровые сюжеты, помогающие пациенту читать на выдохе, без избыточного напряжения, под контролем ЧСС и ДАС.

Сначала в работе использовались подготовительные упражнения для обработки артикуляции на выдохе и артикуляции с произношением гласных звуков. Речевой материал отрабатывался по степени сложности: беззвучно, шепотом, звучно. В начале изолированные гласные, затем слоги, слова с постепенным переходом к фразам, чтению стихов и прозы на выдохе. Также перед БОС-тренингом детям предлагается несколько упражнений на расслабление мышц шеи плечевого пояса и артикуляционного аппарата. Учитывая тот факт, что большинство детей лечащихся в центре являются казахо-язычными, в некоторых случаях мы составляем шаблоны с учетом этого факта - в речевой материал входили только гласные, слоги, короткие односложные слова. Применяя виды работ как «Описание», «Пересказ» предварительно с ребенком составляется рассказ об

определенном предмете на казахском языке и затем продолжается работа по программе. Таким образом мы «адаптировали» программу для детей с казахским языком обучения.

Эффективность комплексного подхода к детям с такими сложными речевыми нарушениями как заикание, логоневрозы, мы смогли проследить не только по отзывам и наблюдениям персонала, самих детей и их родителей, но и реально проследить по результатам речевых сеансов БОС-терапии. Результаты сеансов наглядно показывают успешность проделанной работы в виде увеличения продолжительности дыхательного цикла во время акта речи, за счет снижения ЧСС (частоты сердечных сокращений) во время выдоха. Основным показателем является увеличение ДАС (дыхательной аритмии сердца), качественное улучшение просодической стороны речи, сокращение количества и продолжительности судорог и спотыканий во время акта речи. В среднем нам удалось добиться увеличения ДАС с 9 до 32 и сокращения ЧД в процессе речи: с 20 до 8.

Опыт работы показал; программа «Кардио-лого» эффективным компонентом при работе с такими речевыми нарушениями как заикание, логоневрозы, дизартрии. Также программа используется нами в работе для автоматизации и дифференциации поставленных звуков речи при дислалии, афазии для сокращения сроков восстановления речи, при дислексии для улучшения качества и скорости чтения.

Литература:

1. Сметанкин А.А. *Формирование, совершенствование и коррекция речи в норме и патологии на основе применения метода биологической обратной связи по дыхательной аритмии сердца.* Санкт-Петербург. – 2005. - С. 3-14.
2. Слепухина Г.Н. *Метод биологической обратной связи в коррекции речевых нарушений у детей с церебральным параличом.* - 2002. - С 137-138.
3. Булекбаева Ш.А. *«Детский церебральный паралич. Формы, клиника и реабилитация в поздней резидуальной стадии. Методические рекомендации.* Алматы, 2003. –24с.
4. Слепухина Г.Н. *Метод биологической обратной связи в формировании психологической базы речи у детей с ДЦП при дизартрии.* – 2003. - С. 196-197
5. Абросимов В.Н. *Нарушение регуляции дыхания.* – М. 1990. – С. 186-241.

Түйіндеме

МҮМКІНДІГІ ШЕКТЕУЛІ БАЛАЛАРДЫҢ СӨЙЛЕУІНІҢ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ БАЗАСЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДАҒЫ БИОЛОГИЯЛЫҚ КЕРІ БАЙЛАНЫС ӘДІСТЕРІ

Ш.Ә. Бөлекбаева, М.Н. Махаманова

«Кардио-лого» бағдарламасымен жұмыс істеу тәжірибесі сөйлеу қабілеттері бұзылған балаларды кешенді оңалту әдістерінің тиімді және қажетті екендігін көрсетті.

Тұтығу, дизартрия, дислексия сияқты сөйлеу қабілеттерінде бұзылулар бар балаларда оң динамика байқалады.

Summary

***BIOFEEDBACK IN FORMATIONAL PSYCHOLOGICAL BASE OF
SPEECH AT CHILDREN WITH DISABILITIES***

Sh. Bulekbayeva, M. Makhamanova

Experience of "Cardio-logo" program has shown the effectiveness and relevance of the method in complex rehabilitation of children with speech disorders. The positive dynamics is observed at children with such speech disorders as stuttering, logo neurosis, dysarthria, dyslexia.

УДК: 615.21:616.833.17-085

ПРИМЕНЕНИЕ АКТОВЕГИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

М.Ж. Коньсова

*Филиал АО ЖГМК «Центральная Дорожная больница»,
АО «Медицинский Университет Астана», Астана*

Нейропатия лицевого нерва — остро возникающий односторонний паралич мимических мышц в результате периферического поражения лицевого нерва, по распространенности занимает второе место после вертеброгенных заболеваний. Болеют в среднем 20–25 человек на 100 000 населения, причем одинаково часто как мужчины, так и женщины [1], то есть гендерных различий нет. Вместе с тем отмечено, что заболеваемость повышается с возрастом до середины четвертого десятилетия жизни, после чего отличия стираются. Что касается этиологии, то среди заболевших лишь у 20 % удастся точно установить причину страдания — отит, паротит, перелом основания черепа, ишемия при гипертоническом кризе, родовые травмы или ранения лица, демиелинизирующие заболевания, метастатическая или лейкоэмическая инфильтрация и др. [2]. Переохлаждение же является провоцирующим фактором нейропатий лицевого нерва при многих заболеваниях.

В настоящее время большинство неврологов склоняется к тому, что паралич Белла это туннельный синдром, обусловленный компрессией отечного нерва и его ишемией в узком фаллопиевом канале [1-2]

Клиническая практика лечения нейропатии лицевого нерва позволяет утверждать, что только своевременная патогенетически аргументированная комплексная терапия обеспечивает ожидаемый эффект, направленный на восстановление моторной функции мимических мышц и предупреждение развития контрактур, синкинезий и других осложнений.

Большой клинический интерес для лечения лицевой нейропатии представляет препарат актовегин, так как из доступной научной литературы [4] известно, что по фармакологическим эффектам препарат может быть патогенетически обоснованным при компрессионно-ишемических нейропатиях, в том числе при нейропатии лицевого нерва, основными звеньями которого являются ишемия и гипоксия, возникающие при любом туннельном синдроме.

Целью нашего исследования послужила оценка терапевтической эффективности актовегина в комплексной терапии нейропатии лицевого нерва.

Материал и методы.

Под нашим наблюдением находилось 39 пациентов с установленным диагнозом «нейропатия лицевого нерва» с давностью заболевания не более 2 мес.,

составившие основную группу, и 20 пациентов контрольной группы сопоставимые по половому-возрастному составу и клиническим проявлениям, а также давностью заболевания. Согласно шкале Хаус—Браакмана степень выраженности дисфункции лицевого нерва определялась как умеренная (23% пациентов), среднетяжелая (50% больных) и тяжелая (27%) [3].

Необходимый стандарт обследования пациентов с нейропатией лицевого нерва включал: клинический неврологический осмотр, магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга, рентгенографию черепа, электромиографию (ЭМГ), ультразвуковую доплерографию сосудов головного мозга, осмотр ЛОР-врача, окулиста.

Распределение пациентов по полу, возрасту и давности заболевания на момент начала лечения представлено в табл. 1.

Пациенты основной группы, в отличие от больных контрольной группы, принимали актовегин в виде драже в дозе 200мг трижды в сутки. Пациенты в двух сравниваемых группах занимались ЛФК, получали ручной массаж мимической мускулатуры, инъекции витаминов группы В.

Таблица 1.

Распределение пациентов по гендерным показателям и давности заболевания

Показатели	Контрольная группа	Основная группа
Число пациентов	20	39
Мужчины	6	20
Женщины	14	19
Возраст	39,4± 6,1	36,5±6,1
Длительность заболевания	24,6 ± 2,1	23,7 ± 2,2

Терапевтический эффект оценивался по данным клинического неврологического осмотра (степень и скорость восстановления двигательных функций с использованием шкалы Хаус—Браакмана (развитие или отсутствие контрактур) [3] , результатам электромиографии (амплитуда М-ответа, скорость проведения импульса по моторным волокнам). ЭМГ была проведена 13 больным.

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ результатов исследования показал, что у всех пациентов наступил клинический эффект различной степени выраженности. У больных основной

группы по сравнению с группой контрольной достоверно быстрее регрессировали двигательные расстройства, восстанавливалась двигательная активность мимических мышц пораженной половины лиц

Движения мимических мышц в основной группе начали восстанавливаться к 10–12-му дню. У пациентов контрольной группы — к 15–17-му дням. Следует отметить, что признаки контрактуры мимической мускулатуры с появлением патологических синкинезий отмечены у 3 пациентов контрольной группы. В то время как у пациентов основной группы, получавших актовегин, признаков контрактуры выявлено не было. Полное восстановление к концу курса лечения отмечено в контрольной группе у 55%, в основной — у 78,5%. Проведенный нами анализ терапевтической эффективности в зависимости от причинного фактора развития заболевания не установил достоверных различий, что, по нашему мнению, подтверждает единый компрессионно-ишемический патогенез нейропатии лицевого нерва.

Итак, назначение актовегина даже в комплексной терапии нейропатии лицевого нерва оказало высокий терапевтический эффект. Следовательно, по фармакологическому воздействию актовегин можно отнести к группе антигипоксантов, антиоксидантов и средств, улучшающих микроциркуляцию.

Выводы.

1. Применение актовегин драже показало его эффективность в отношении нейропатии лицевого нерва, причем независимо от начала лечения и причин развития заболевания.

2. Назначение актовегина, особенно в инициальной стадии заболевания, предотвращает развитие контрактур.

3. Результаты исследования позволяют рекомендовать актовегин драже для широкого клинического использования в практике неврологов при лечении нейропатии лицевого нерва.

Литература:

1. Алиферова В.Ф. Патология черепных нервов, Киев, 1990, 190с.
2. Пузин М.Н., Разинкин О.М., Рушанов М.И. Невропатия лицевого нерва // Неврологии и психиатрии. – 1991. - С. 112-115.
3. Балабан Я.М. Полиомиелит. Киев, Госмедиздат УССР, 1960, с. 69-75 (градация тяжести клинических проявлений периферического прозопареза).
4. Федорович А.А., Рогоза А.Н., Канищев Е.М. и др. Динамика функциональной активности микрососудистого эндотелия в процессе острого фармакологического теста препаратом актовегин. «Consilium medicum», том 12. №2, 2010, с. 36-45

Түйіндеме

**БЕТТЕГІ ЖҮЙКЕЛЕРДІҢ НЕЙРОПАТИЯСЫНА КЕШЕНДІ ТЕРАПИЯДА
АКТОВЕГИНДЕРДІ ҚОЛДАНУ**

М.Ж. Қоңысова

Бет жүйкесі нейропатиясы кезіндегі актовегиннің нәтижелері және терапевтикалық маңызын бағалау көрсетілген. Актовегинді драже түрінде пероральді қолдан жүйкенің компрессионды-ишемиялық өзгерістерін азайтатыны және сырқаттың жағымды нәтижесіне әсер ететіні дәлелденген.

Summary

**APPLICATION OF ACTOVEGIN IN COMPLEX THERAPY
OF FACIAL NERVE NEUROPATHY**

M. Konysova

The results and estimation of therapeutic effectiveness of actovegin at facial nerve neuropathy are presented. It's observed, that using of activegin per os (drops), promoting reduction of compressive-ischemic changes in a nerve, essentially improve favourable outcome of disease.

УДК: 616.62-008.222/223-053.2:615.254.3

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «МИНИРИН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО НОЧНОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

Д.С. Тлемисова

Областной детский психоневрологический диспансер, г. Караганда

Актуальность: как неприятно и стыдно каждое утро просыпаться на промокшей простыне и в мокрых штанишках. Организм снова подвел, «звоночек» снова не сработал. В среднем у 10-15 % детей (по данным Республиканского центра материнства и детства МЗ РК) страдают ночным недержанием мочи. Причем у мальчиков ночной энурез встречается чаще, чем у девочек. По мере взросления распространенность этого недуга снижается, но 1-2 % больных «уносит» его во взрослую жизнь.

Под ночным энурезом подразумевают наличие у ребенка старше 5-ти лет непроизвольного мочеиспускания во время ночного сна. Формирование полного контроля над мочеиспусканием у ребенка происходит в возрасте от 1-го до 3-х лет, и заканчивается к 4-м годам.

В прошлом некоторая путаница, имевшая место в терминологическом, диагностических и лечебных подходах к проблеме энуреза, препятствовало осуществлению адекватных лечебно-диагностических мероприятий при различных видах этого нарушения мочеиспускания в детском возрасте. В настоящее время редко рассматривают такие формы ночного энуреза, как например «функциональный», «органический», «невротический», или «неврозоподобный». Перечисленные термины являются устаревшими и на текущий момент различают: первичный ночной энурез (ПНЭ) и вторичный ночной энурез (ВНЭ).

Первичный ночной энурез – заболевание у детей, которые практически не просыпаются стабильно сухими, при вторичном ночном энурезе больные дети начинают мочиться в постель после значительного или незначительного периода ремиссии.

Механизм развития ПНЭ до конца не ясен. Считается, что важным фактором в развитии заболевания является генетическая предрасположенность. Выявлены определенные гены, ответственные за эту патологию. Если один из родителей страдал ночным энурезом, то риск развития энуреза у детей составляет 45 %, а если оба родителя - эта вероятность возрастает до 75 %. Наряду с этим, основной причиной ПНЭ являются нарушения ритма секреции вазопрессина. В норме концентрация вазопрессина в крови зависит от времени суток: в ночное время она выше, чем днем. При первичном ночном энурезе секреция этого гормона в ночное время снижается, что приводит к повышенному образованию неконцентрированной

мочи. Ее количество превышает физиологическую емкость мочевого пузыря, он переполняется, и происходит непроизвольное мочеиспускание. Часто родители, видимо, из желания оправдаться, связывают это с крепким сном своего ребенка. Однако, исследования доказали, что по характеру сна, дети, страдающие ночным энурезом, не отличаются от остальных своих сверстников.

Другой причиной ночного недержания мочи может быть нарушение нервной регуляции мочевого пузыря, с преобладанием повышенного тонуса гладкой мускулатуры, и тогда к энурезу присоединяется частое мочеиспускание небольшими порциями, или обильные редкие мочеиспускания, а также дневное недержание мочи. Наряду с этим, в этиологии ночного энуреза играет роль гиперрефлексия детрузора, и идиопатическое нарушение функции детрузора, что приводит к моторному недержанию мочи.

Убедительные данные о нарушении ритма секреции вазопрессина при первичном ночном энурезе послужило основой для применения синтетического аналога этого гормона – десмопрессина, таблетированной формой которого является препарат «Минирин». Его эффективность в лечении первичного ночного энуреза считается подтвержденной с позиции доказательной медицины.

Материалы и методы:

Всего «Минирин» был назначен 45 детям в возрасте от 5 до 14 лет, мальчиков 34, девочек – 11, с установленным диагнозом «Первичный ночной энурез», находившихся на стационарном лечении в Областном детском психоневрологическом диспансере. Протокол клинической эффективности, используемого в учреждении, включал в себя следующие требования к проводимому исследованию и наблюдаемым пациентам:

- возраст детей - старше 5-ти лет;
- установленный диагноз первичного ночного энуреза;
- отсутствие воспалительных заболеваний мочеполовой системы;
- отсутствие врожденной или психогенной полидипсии;
- отсутствие сердечнососудистой патологии или других состояний, требующих назначения мочегонных препаратов;
- отсутствие умственной отсталости средней и тяжелой степени;
- отсутствие приема антиконвульсантов;
- отсутствие приема мочегонных средств;
- отсутствие приема гормональных препаратов;
- отсутствие приема физиотерапевтических процедур во время приема препарата «Минирин»;
- отсутствие ОРВИ и обострения соматических заболеваний.

Спектр сопутствующей патологии у наблюдаемых детей с ПНЭ был чрезвычайно широк. Среди психоневрологических нарушений отмечались тикоидные расстройства, синдром дефицита внимания и гиперактивности, минимальные мозговые расстройства, посттравматический церебрастенический синдром, астеноневротический синдром, неврозоподобный синдром. А среди соматической патологии: со стороны сердечно-сосудистой системы – пролапс митрального клапана, 1 степень с регургитацией; мочеполовой системы – дисметаболическая нефропатия; Лор-патологии – хронический тонзиллит, аденоидные вегетации и др.; аллергические заболевания – атопический дерматит; со стороны желудочно-кишечного тракта – дискинезия желчевыводящих путей, хронический холецистит, хронический гастроэзофагит и др.

Минирин назначали детям в начальной дозе 0,2 мг (1 таблетка) однократно в вечернее время. При отсутствии положительного эффекта дозу увеличивали на 0,1 мг (1/2 таблетки) 1 раз в 5-6 дней. Максимально допустимая доза минирина составляла 0,4 мг (2 таблетки). Продолжительность лечения в наших наблюдениях составляла 4-5 недель. Из общих рекомендаций практиковалось ограничение приема любой жидкости после 19 часов.

До начала лечения препаратом всех детей обследовали в следующем объеме:

- общий анализ мочи;
- общий анализ крови;
- биохимическое исследование крови (креатинин, мочевины, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза и т.д.);
- УЗИ почек и мочевого пузыря;
- электроэнцефалографическое исследование.

Эти же исследования, за исключением УЗИ почек и мочевого пузыря, проводились детям после окончания курса лечения препаратом.

Для оценки эффективности минирина использовались следующие критерии:

- отсутствие эффекта;
- частичный эффект (уменьшение частоты эпизодов ночного энуреза на 25-30 %);
- существенное улучшение (уменьшение частоты эпизодов ночного энуреза на 50 %);
- полная ремиссия (уменьшение частоты эпизодов ночного энуреза на 100%).

Большинство пациентов продолжали принимать различные препараты (помимо минирина): танакан, глицин, пантокальцин, нейромультивит, синозин, актовегин, поливитамины.

Только в 3 (6,6 %) случаях было зафиксировано отсутствие эффекта. Частичное улучшение имело место у большинства пациентов, а существенное у 20 (44,5 %) детей. Полной ремиссии удалось добиться у 22 (48,9 %) детей.

Отсутствие клинического эффекта у детей с ПНЭ, по нашему мнению, является подтверждением того, что существуют те подтипы данного патологического состояния, которые характеризуются отсутствием какой-либо реакции на терапию минирином.

При лечении препаратом «Минирин» наблюдались следующие побочные действия: в 1 случае отмечено обострение атопического дерматита, у 1 ребенка установлено обострение дискинезии желчевыводящих путей. У 2 детей отмечена умеренная сонливость. Случаев головной боли, кишечных расстройств, тошноты и рвоты не зафиксировано. Таким образом, переносимость препарата у 41 (91,1%) пациента расценена как хорошая, у 4 (8,9%) детей – как удовлетворительная.

Таким образом, в результате проведенного наблюдения были сделаны следующие выводы: препарат «Минирин» в таблетированной форме эффективен в лечении первичного ночного энуреза у детей старше 5 лет (в дозе 0,2 – 0,4 мг в сутки), причем как в виде монотерапии, так и в составе комплексного лечения.

Литература:

1. Энурез у детей (руководство для врачей). М. РМАПО, 2000.
2. Адиуретрин в лечении ночного энуреза у детей (Под ред. акад. РАМН проф. Студеникина М.Я.) Москва, М. 2000.
3. Лечение первичного ночного энуреза у детей с позиции доказательной медицины (Методическое пособие для врачей) М., СПР-МФОЗ ИР. 2002.
4. Маслова О.И., Студеникин В.М., Шелковский В.И. и др. Результаты клинической апробации оральной формы десмопрессина при лечении первичного ночного энуреза у детей. Вопросы современной педиатрии. 2002, 1 (6) 93-6.
5. Студеникин В.М. Новые данные о ночном энурезе у детей // Вопр. совр. педиатрии. 2002, т. 1, № 4, с. 33–34.

Түйіндеме

БАЛАЛАРДАҒЫ БАСТАПҚЫ ТҮНГІ ЭНУРЕЗДІ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ «МИНИРИН» ПРЕПАРАТЫН ПАЙДАЛАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Д.С. Тлемисова

Жұмыс 5 жастан 14 жасқа дейінгі бастапқы түнгі энурезбен ауыратын науқастарды Облыстық балалар психоневрологиялық диспансерінде стационарлы жағдайында емдеу кезінде «Минирин» препаратын пайдалану тиімділігін зерттеуге арналған. Клиникалық бақылау нәтижесі «Минирин» препаратының жоғары терапиялық тиімділігі бар екендігін көрсетті және балалардағы бастапқы түнге энурез кезінде бірінші препарат ретінде кеңінен қолдануға болады.

Summary

***EXPERIENCE WITH THE DRUG "MINIRIN" TREATMENT
OF PRIMARY NOCTURNAL ENURESIS AT CHILDREN***

D. Tlemisova

The work investigates the effectiveness of the drug "Minirin" at patients with primary nocturnal enuresis in age from 5 to 14 years in hospital care in the regional children's mental hospital. Clinical observations showed that the drug "Minirin" has a high therapeutic efficiency and can be widely used as a drug of 1st choice for primary nocturnal enuresis at children.

УДК: 615.83:616.14-008.64-036.12

**ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ***Н.И. Шевелева, Л.С. Минбаева**Казахдинский государственный медицинский университет
Кафедра медицинской реабилитологии и спортивной медицины ФНПР*

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей – одно из наиболее распространенных заболеваний периферических сосудов, сопровождающееся рядом патологических изменений на молекулярном, клеточном и тканевом уровнях в результате нарушения оттока крови из венозного бассейна [1,2]. По мере ухудшения микроциркуляции создаются все более благоприятные условия для тромбообразования, появления трофических дефектов в виде изъязвлений над измененными венами и активации патогенной микрофлоры, что значительно осложняет течение ХВН [3], с большим трудом поддается коррекции и может стать причиной ампутации. Так, по данным Siebert U., Brach M., Sroczynski G. et al. (2002), хроническая венозная недостаточность является причиной хронических рецидивирующих язв нижних конечностей в 60–80% случаев [4].

По данным Международного союза флебологов (1998) и обобщенным данным эпидемиологических исследований [5] этим заболеванием в разных странах страдают 35–60% трудоспособного населения. В результате проведенного всемирной организацией ангиологов мультицентрического исследования по распространенности ХВН в Европе среди лиц в возрасте от 30 до 70 лет (средний возраст большинства пациентов составляет 45,5 лет) заболевания вен составляют примерно 25-50%, причем 5-15% из них имеют декомпенсированные формы [6]. По данным M.J. Callam (1994), ХВН встречается с частотой 10-15% у мужчин и 20-25% у женщин, преимущественно у лиц старшей возрастной группы (старше 50 лет) [7]. Согласно исследованиям J. Cossio (1995) у 10-15% школьников уже в возрасте 12-13 лет выявляют первые признаки венозного рефлюкса [8]. Так, например, в Германии у 30,2% подростков клиническая манифестация варикозной болезни зарегистрирована в возрасте 14-16 лет, из которых у 14% наблюдалась выраженная трансформация поверхностных вен. По результатам исследований Chiesa R., Marone E. M., Limoni C. и др. (2005) практически у каждого человека можно выявить те или иные факторы, предрасполагающие и провоцирующие варикозные изменения в венах нижних конечностей [9].

Высокая распространенность патологии, охват патологией практически всех возрастных групп, прогрессивное и часто осложненное течение, а также дорогостоящая диагностика, лечение и длительная нетрудоспособность больных приводят к существенным социальным и экономическим последствиям и диктуют

необходимость постоянного совершенствования методов специализированной помощи больным ХВН.

В основе синдрома ХВН лежат 3 заболевания. Прежде всего, это варикозная болезнь, которая встречается у 40% населения [10], посттромбофлебитическая болезнь, которая развивается в течение 1-2 лет после перенесенного тромбоза глубоких вен у 20-50% пациентов [11] и является следствием организации тромба [12], а также наличие врожденных пороков развития вен нижних конечностей [1,2]. Следовательно, программа лечения и реабилитации должна строиться на основании превалирующих патогенетических факторов и клинических проявлений.

Начиная со второй половины 80-х годов прошлого века, во флебологии активно внедряются современные технологии хирургического и неоперативного лечения. Профилактика и консервативная терапия ХВН играют решающую роль, поскольку хирургическое лечение применимо не более чем у 10-15% больных и не дает полной гарантии рецидива симптоматики ХВН [1]. Предотвращение рецидивов заболевания после оперативного вмешательства также возможно только с помощью консервативных средств [13].

Физиобальнеолечение, наряду с медикаментозным и компрессионным, составляет основу консервативного лечения больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей [1,14-18].

Разработка новых эффективных методик физиотерапевтического воздействия с целью коррекции венозного кровообращения, улучшения реологических свойств крови, уменьшения воспалительных реакций и стимуляции регенеративно-репаративных процессов для профилактики и лечения осложнений, а также улучшения качества жизни актуально для больных с противопоказаниями к оперативному лечению и для пациентов в период предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации [19].

Исходя из того, что хроническая венозная недостаточность - прогрессирующее заболевание и лечение его должно быть длительным и нередко пожизненным, следует учесть, что физические факторы могут быть применимы в комплексных лечебных мероприятиях на разных этапах лечения (самостоятельно или как дополнительное лечение), хорошо переноситься больными, иметь минимум противопоказаний, а также служить основой для создания альтернативных схем коррекции нарушенного венозного оттока.

Компрессия - фундамент любой лечебной схемы для ХВН НК [13-15,17,20]. Механизм действия переменной пневмокомпрессии (ППК) основан на создании механического давления на ткани и повышении внутритканевого давления, что способствует более полному опорожнению венозной системы, уменьшению венозного давления, ускорению лимфооттока и, как следствие, ускорению выведения интерстициальной жидкости в лимфо-венозное русло. Применение ППК

повышает фибринолитический потенциал крови, что способствует активации местного кровотока и повышению уровня трофического обеспечения тканей, а также профилактике микро- и макротромбозов [21-24].

Handoll Н.Н.G. и др. (2001) доказали, что переменная пневматическая компрессия стопы или задней части голени и тугих охлаждающих повязок значительно снижают риск развития тромбоза глубоких вен (уровень доказательности С). Нелсон Е.Л. с соавт. (2004) отмечают, что у пациентов с трофическими язвами нижних конечностей, обусловленными венозной недостаточностью, имеются убедительные доказательства эффективности компрессии нижних конечностей, которая повышает частоту полного заживления язв (уровень доказательности А). Объемная компрессия у пациентов с лимфедемой, по данным Megenn A., Harris S.R. (1998), недостаточно эффективна (уровень доказательности D) [15].

Изучая литературные данные по применению пневмокомпрессии с помощью физиотерапевтических аппаратов, мы выявили, что в названии данной процедуры нет единой терминологии (или лимфодренаж, или пневмомассаж, или пневмокомпрессия).

Эластическая компрессия (бинтование и компрессионный трикотаж), как и интермиттирующая пневмокомпрессия, являются одними из наиболее эффективных мер проводимой реабилитации при венозной патологии нижних конечностей [6,13,14]. Однако, для оказания максимального воздействия на звенья патогенеза хронической венозной недостаточности и, следовательно, на клинические проявления заболевания, данные методы лечения должны применяться в комплексе лечебных мероприятий [13].

Применение сочетанных (одномоментных) воздействий двух или нескольких физических факторов во время одной процедуры является перспективным в современной физиотерапии. Это наиболее оптимальный путь повышения эффективности применения физических факторов.

Так, Б.Н. Жуков, С.Е. Каторкин, В.Е. Костяев (2009) в своих работах отмечают, что использование в качестве консервативной терапии перемежающейся пневматической компрессии и пневмовибростимуляция в комплексе с эластической компрессией показаны пациентам с ХВН НК, развившейся на фоне варикозной и посттромбофлебитической болезней в качестве методов комплексного лечения и послеоперационной реабилитации, а также используются с целью профилактики венозных тромбозов, консервативной коррекции дисфункции мышечно-венозного комплекса голени и стимуляции коллатерального кровотока [20].

Истомина И.С., Горев К.В., Гарипова А.М. (2009) разработали клинко-патогенетически обоснованные комплексы применения физических факторов в зависимости от стадий ХВН НК, включающие прерывистую пневмокомпрессию

(40-60 мин, 40-100 мм рт. ст., направление давления снизу вверх), магнитотерапию (переменное магнитное поле с включением постоянной составляющей), крайневысокочастотную терапию, лазерную терапию (инфракрасный и красный лазер) и пеллоидотерапию (ультракислая лечебная грязь). По результатам проведенного лечения положительный результат в виде уменьшения выраженности клинических проявлений заболевания и улучшения эмоционального статуса наблюдался у 98% пациентов. Представленные лечебные комплексы, состоящие из низкоинтенсивных физических факторов, хорошо переносятся даже тяжелым контингентом больных с выраженной сердечно-сосудистой патологией [17].

Л.А. Комарова, В.И. Ахтырский, В.Д. Алафинов (2007) наблюдали положительную динамику сочетанного применения слабоинтенсивных сверхнизкочастотных магнитных полей (0,01-0,99 Гц, индуктивность не выше 3 мТл) и медикаментов при тромбозах и ХВН НК в виде уменьшения выраженности клинических проявлений заболевания и нормализации показателей клинических анализов крови (у 90% обследованных), гемостаза (82,1%), а также улучшения регионарного кровообращения (по данным реовазографии) [18].

Согласно данным А.М. Орел и И.С. Истоминой (2007), применение комплекса, включающего мануальную терапию и прерывистую пневмокомпрессию, эффективно при лечении больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей 4-5 стадии, что проявляется уменьшением толщины собственной фасции голени с $2,20 \pm 0,08$ мм до $1,97 \pm 0,03$ мм и в области лодыжки с $1,98 \pm 0,06$ мм до $1,72 \pm 0,02$ мм ($p < 0,05$), а интегральная оценка клинической эффективности составила 80,5% [25].

Т.А. Князева, Н.В. Трухачева, Н.А. Елизаров (2007) рекомендуют применение физиотерапевтического комплекса, включающего лазеротерапию, ПеМП, кремнистые ванны для лечения трофических нарушений при ХВН НК. Данный комплекс физических факторов позволяет улучшить степень изменения венозного оттока с 20 до 27%, уменьшить степень термоасимметрии с 40 до 76%, увеличить градиент температуры с 45 до 72% у больных с трофическими нарушениями венозной этиологии [26].

Таким образом, по данным литературы, при лечении венозной патологии нижних конечностей большинством авторов рекомендуется пневмокомпрессия, но нами не были найдены результаты влияния данной процедуры на показатели центральной гемодинамики, хотя эти показатели, на сегодняшний день, имеют немаловажное значение в связи с тем, что у большинства больных с указанной патологией имеется сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы.

Литература:

1. Чазов Е. И., Беленков Ю. Н., Борисова Е. О. и соавт. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: Рук. для практикующих врачей / Под общей редакцией Чазова Е.И., Беленкова Ю.Н. – М.: Литтера, 2004. – 972 с.
2. Флебология: Руководство для врачей под ред. В. С. Савельева. – М.: Медицина, 2001.- 660 с.
3. Guillaume M., Padioleau F. Veinotonic effect, vascular protection, antiinflammatory and free radical scavenging properties of horse chestnut extract // *Arzneimittelforschung*. – 1994, jan; 44 (1): 25–35.
4. Siebert U., Brach M., Sroczynski G. et al. Efficacy, routine effectiveness, and safety of horsechestnut seed extract in the treatment of chronic venous insufficiency. A meta-analysis of randomized controlled trials and large observational studies // *Int Angiol*. – 2002, dec; 21 (4): 305–315.
5. Стуров Н. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей: эпидемиология, патогенез, клиника и принципы терапии // *Врач*, 2008.- № 4.- с. 22-24.
6. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю и др. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей как общемедицинская проблема // *Хирургия*. -2004.- Том 6.- №6. – С.26-31.
7. Callam M. J. Epidemiology of varicose veins // *Br. J. Surg*. – 1994; 81: 167–173.
8. Cossio J.A. Epidemiology of chronic venous insufficiency. CD, 1995.
9. Chiesa R., Marone E. M., Limoni C. et al. Demographic factors and their relationship with the presence of CVI signs in Italy: the 24-cities cohort study // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg*. – 2005, dec; 30 (6): 674–680.
10. Gschwandtner M. E., Ehringer H. Microcirculation in chronic venous insufficiency // *Vasc. Med*. – 2001; 6: 169–179.
11. Rejan T. J. The epidemiology of leg ulcers. In: Westerhof W., editor. *Leg Ulcers: Diagnosis and Treatment*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers BV; 1993. – P. 19–27.
12. Mayberry J. C., Moneta G. L. et al. Fifteen-year results of ambulatory compression therapy for chronic venous ulcers // *Surgery*. – 1991; 109: 575–581.
13. Кириенко А.И., Григорян Р.А., Золотухин И.А. Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности // *Consilium Medicum*, 2003.- Том 05.- №6.
14. Золотухин И.А. Алгоритм лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей // *Consilium Medicum*, 2005.- Том 07.- №6.
15. Пономаренко Г.Н. Основы доказательной медицины. - Киев, 2005.- С.253-254.
16. Жуков Б.Н., Каторкин С.Е., Сизоненко Я.В., Кравцов П.Ф. Пути повышения эффективности реабилитации больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей // *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*, 2009.- №4.- С.19-22.
17. Истомина И.С., Горев К.В., Гарипова А.М. Дифференцированное применение физических факторов при лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей

// Физиотерапия, бальнеология и реабилитация, 2008.- №4.- С.39-47.

18. Комарова Л.А., Ахтырский В.И., Алафинов В.Д. Лечебное применение слабоинтенсивных сверхнизкочастотных магнитных полей при тромбофлебитах и хронической венозной недостаточности// Физиотерапия, бальнеология и реабилитация, 2007.- №1.- С.15-17.

19. Гарипова А.М. Комплексная физиотерапия хронической венозной недостаточности нижних конечностей// Физиотерапия, бальнеология и реабилитация, 2006.- №4 - С. 27-29.

20. Жуков Б.Н., Каторкин С.Е., Костяев В.Е. Опыт восстановительного лечения и медицинской реабилитации больных с заболеваниями вен нижних конечностей //Флебология, 2009.- № 3.- С. 26-32.

21. Имамалиев А.С., Лирицман В.М., Никитин С. Е., Шкроб Б.С., Кисин Б.М., Ларин В.А. Применение пневмомассажа для лечения посттравматических отеков нижних конечностей//Ортопедия, травматология и протезирование, 1983.- №2.-С. 55-56.

22. Дрюк Н.Ф., Чернуха Л.М., Кузменько А.А., Лев С.Г., Галич С.П.. Пневмокомпрессия в комплексном лечении больных с лимфедемой конечностей//Клиническая хирургия, 1988.- №7.-С.17-19.

23. Жуков Б.Н., Каторкин С.Е. Биомеханическая пневмовибрационная стимуляция при медицинской реабилитации больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей//Вестник хирургии, 1993.- № 3-4.-С.38-41.

24. Чадаев А. П., Климиашвили А.Д., Буткевич А.Ц., Еришов И.В., Нурлыев Ю. Прерывистая пневматическая компрессия в лечении хронической венозной недостаточности//Медицинская помощь, 1995.- №1.-С.22-25.

25. Орел А.М., Истомина И.И. Опыт комплексного лечения больных ишемической венозной недостаточностью нижних конечностей с использованием мануальной терапии и прерывистой пневмокомпрессии// Мануальная терапия, 2007.- №4 (28).

26. Князева Т.А., Трухачева Н.В., Елизаров Н.А. Репаративное действие кремнистых ванн и их сочетание с лазеро- и магнитотерапией при трофических язвах венозной этиологии // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры, 2007.- №1.-С.14-19.

Түйіндеме

АЯҚТЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ КҮРЕ ТАМЫР ЖЕТІЛІКСІЗДІГІ КЕЗІНДЕГІ ФИЗИОТЕРАПИЯ

Н.И. Шевелева, Л.С. Минбаева

Аяқтың созылмалы күре тамырының жетіліксіздігімен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен және компрессионды емдеу мен қатар консервативті емдеудің негізін бүгінгі күнде физиобальнеоёмдеу құрайды, атап айтқанда авторлардың көбі пневмокомпрессияға кеңес береді. Дегенмен авторлармен дәл осы емшараның орталық гемодинамика көрсеткіштеріне әсер ету нәтижелерін табыды, бірақ бұл көрсеткіштер бүгінгі күнде айтарлықтай маңызды емесі, өйткені науқастардың көбінде ілеспелі жүрек-тамыр жүйесінің патологиясы бар.

Summary
**PHYSIOTHERAPY FOR CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY
OF LOWER EXTREMITIES**

N. Sheveleva, L. Minbayeva

The basis of the conservative treatment of patients with chronic venous insufficiency of lower extremities, along with drug and compression, today is physiobalneotreatment, in particular, most authors recommend pneumocompress. However, the authors found no effect of this procedure, results in the indicators of central hemodynamics, although these figures to date are of great importance due to the fact that most patients have comorbidities of the cardiovascular system.

УДК: 616.379-008.64-053.2:615.357

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСУЛИНОВЫХ ПОМП В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Н.Н. Токтарова

Республиканский детский реабилитационный центр, г. Астана

Актуальность адекватности проводимой терапии сахарного диабета 1 типа (СД) определяется ранним развитием осложнений сахарного диабета. По данным регистра СД на 1.07.2011г. в РК насчитывается порядка 200 тысяч диагностированных больных СД, из которых 6% составляют больные СД первого типа - около 13 тыс., из них 1,5 тысяч детей и подростков.

Составляющими терапии диабета является диета, введение инсулина, физические нагрузки, самоконтроль. Компенсация углеводного обмена обеспечивает ребёнку нормальное физическое развитие и позволяет сохранить у него адекватный психо-эмоциональный статус.

Декомпенсация СД приводят к серьезным осложнениям, среди которых диабетическая стопа, нефропатия, нейропатия, пролиферативная ретинопатия, хроническая почечная недостаточность и многие другие.

Важным моментом в профилактике сосудистых и неврологических осложнений является достижение хорошей компенсации, т.е. приемлемых уровней гликемии в течение суток (в пределах 6,5-8,0 ммоль/л) и удовлетворительного уровня гликозилированного гемоглобина (не выше 7,0%) [1].

Основными условиями достижения компенсации углеводного обмена и, следовательно, профилактики осложнений у больных с диабетом являются: адекватный контроль гликемии, соблюдение диеты, учет физической активности, **инсулинотерапия, максимально точно имитирующая физиологическую секрецию инсулина.** Снижение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) лишь на 1% в ближайшей перспективе существенно снизит распространенность осложнений СД, а значит и расходы на их лечение.

Контролируемые сравнительные исследования американских ученых (DCCT) в течение 10 лет показали, что интенсивная инсулинотерапия больных СД снижает риск развития пролиферативной ретинопатии на 50-70%, нефропатии – 40%, нейропатии – 80%, макроангиопатии – 40%; в 7-10 раз снижает показатели временной нетрудоспособности, в том числе сроки стационарного лечения; минимум на 10 лет продлевает трудовую деятельность [2].

Непосредственной целью инсулинотерапии является максимально возможная имитация физиологического профиля инсулиновой секреции и достижение, таким образом, близких к норме показателей углеводного обмена. Конечной целью

инсулинотерапии является предотвращение поздних осложнений СД или по крайней мере снижение риска и сроков их развития наряду с улучшением качества жизни пациентов [3]. Интенсивная инсулинотерапия с помощью инсулиновых помп – является одним из самых эффективных и более физиологичным методом введения инсулина, который имитирует работу поджелудочной железы. У больных СД, имеющих инсулиновые помпы с соответствующим инсулином, жизненные интересы практически совпадают с таковыми у здорового человека. Обеспечивая постоянную подкожную подачу инсулина, данное устройство помогает достичь максимально приемлемых уровней гликемии (уровня глюкозы крови), хорошей компенсации заболевания, и, что чрезвычайно важно, позволяет вести более свободный и активный образ жизни [4,5].

В ходе клинических исследований проведена всесторонняя оценка терапии непрерывной подкожной инфузии инсулина, на фоне которой показано значительное улучшение метаболического контроля у больных диабетом:

- Терапия с использованием инсулиновых насосов больше снижает уровень гликозилированного гемоглобина у больных взрослых и детей. На фоне получения непрерывной подкожной инфузии инсулина в течение не менее года отмечается снижение уровня HbA1c до 1,2% [6].

- По результатам нескольких продолжительных исследований сообщалось о значительном урежении случаев гипогликемических явлений. НПИИ уменьшают частоту развития гипогликемических явлений до 76% и 63% в популяции взрослых и детей соответственно [7].

- Поскольку DCCT подтвердило связь снижения уровня HbA1c с уменьшением риска развития отдаленных осложнений, непрерывной подкожной инфузии инсулина в сравнении с многократными каждодневными инъекциями инсулина будет значительно благотворнее влиять на хронические осложнения [1].

- Возможно, что НПИИ положительно отражается на качестве жизни в связи с более строгим соблюдением лечения [4].

В настоящее время в РК стартовал проект по внедрению помповой инсулинотерапии. Вышел приказ Министерства здравоохранения РК №783 от 3.11.2011 года «О внедрении проекта по использованию систем непрерывной подкожной инфузии инсулина в лечении детей с сахарным диабетом 1 типа от 5 до 15 лет» [8]. В данном проекте дети с СД указанного возраста, будут обеспечены инсулиновыми помпами и расходными материалами. Что в дальнейшем позволит добиться компенсации сахарного диабета, снизить риск осложнений, улучшить качество жизни детей с данным заболеванием.

Литература:

1. Дедов И.К, Петеркова В.А., Кураева Т.Л. «Российский консенсус по терапии сахарного диабета у детей и подростков» Педиатрия №1 / 2010.
2. Приказ Министерства здравоохранения РК №783 от 3.11.2011 года «О внедрении проекта по использованию систем непрерывной подкожной инфузии инсулина в лечении детей с сахарным диабетом 1 типа от 5 до 15 лет».
3. Дедов И.И., Емельянов А.О., Петеркова В.А., Кураева Т.Л. Инсулиновая помпа в лечении сахарного диабета у детей и подростков. М., 2008.
4. DCCT Research. Group. Epidemiology of severe hypoglycemia in the DCCT. Am J Med 1991; 90: 450–9.
5. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2009 Compendium. Pediatric Diabetes 2009.
6. Hanraire-Broutin et al Comparison of continuous subcutaneous insulin infusion and multiple daily injection regimens using insulin lispro in type 1 diabetic patients on intensified treatment. Diabetes Care 2000 23(9) 1232-1235.
7. Pickup, Keen Continuous subcutaneous insulin infusion at 25 years: Evidence base for the expanding use of pump therapy in type 1 diabetes. Diabetes Care 2002 25(3) 593-598.
8. Pickup, Mattock et al Glycaemic control with continuous subcutaneous insulin infusion compared with intensive insulin injections in patients with type 1 diabetes: meta analysis of randomised controlled trials. BMJ 2002 324:1:6.
9. The DCCT Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complications in IDDM. New England J Med. 1993 329(14) 977-86.

Түйіндеме

**1 ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІМЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫ ЕМДЕУГЕ
ИНСУЛИНДІ ПОМПЛАРДЫ ПАЙДАЛАНУ**

Н.Н. Тоқтарова

1 типті қант диабеті – инсулиннің жетіспеушілігімен сипатталатын эндокринді ауру. Қант диабетінің декомпенсациясы асқынуларға және ерте жастағы мүгедектікке әкеліп соқтырады. Тиісті терапия жүргізу қант диабетінің тамырлы және неврологиялық асқынулардың даму мерзімін айтарлықтай төмендетуге мүмкіндік береді.

Summary

**1 ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІМЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫ ЕМДЕУГЕ ИНСУЛИНДІ
ПОМПЛАРДЫ ПАЙДАЛАНУ**

Н.Н. Тоқтарова

1 типті қант диабеті – инсулиннің жетіспеушілігімен сипатталатын эндокринді ауру. Қант диабетінің декомпенсациясы асқынуларға және ерте жастағы мүгедектікке әкеліп соқтырады. Тиісті терапия жүргізу қант диабетінің тамырлы және неврологиялық асқынулардың даму мерзімін айтарлықтай төмендетуге мүмкіндік береді.

УДК: 616.97-022.7-084

ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И ЗАРАЗНЫМИ ГРИБКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

К.Ш. Садвакасов, Г.С. Булекеева

Областной кожно-венерологический диспансер, г. Караганда

В Республике Казахстан остается неблагоприятная эпидемиологическая ситуация с заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП), и заразными грибковыми заболеваниями.

В условиях рыночной экономики сложившаяся система дерматовенерологической помощи населению Республики Казахстан снизила свою эффективность. Это обусловлено недостаточной мощностью службы, постоянными сокращениями, что сказывается на общем состоянии здоровья населения в целом и, в том числе, на распространении ЗППП и грибковой патологии.

Ключевой проблемой дермато-венерологов, правительства, общественности стали болезни, передаваемые половым путем. Сегодня известно более 20 возбудителей болезней, передающихся половым путем: генитальный герпес, остроконечные кондиломы, контагиозный моллюск, чесотку, кандидоз, паховую эпидермофитию и другие ЗППП второго поколения, а также, болезни первого поколения (сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз и др.) [1].

ЗППП характеризуются высокой контагиозностью, относительно быстрым распространением среди определенных групп населения [1,2]. Кроме того, излечимые ЗППП вызывают озабоченность не только ввиду дискомфорта, вызванного острой инфекцией, они могут повлечь за собой серьезные осложнения, такие как бесплодие, мертворожденность, выкидыши, слепоту, повреждения центральной нервной системы, уродства и даже смерть.

В 1996-97 годах в Республике Казахстан и, в частности, в г. Караганде продолжала увеличиваться заболеваемость ЗППП. Так число случаев сифилиса в целом по стране достигло 268,9 на 100000 населения [1], в г. Караганде - в 1996 году зарегистрировано 3638, а в 1997 - 4309 больных сифилисом. Начиная с 1998 года темпы прироста заболеваемости сифилисом сократились почти на 20%. Однако это не должно успокаивать специалистов, тем более что реальные цифры распространенности ЗППП, очевидно, значительно выше зарегистрированных, ведь многие из заболевших обращаются в частные клиники, не всегда имеющие в штате специалиста дерматовенеролога и незаинтересованные в выявлении источника заражения.

Характерной чертой заболеваемости сифилисом является позднее обращение больных за медицинской помощью, что естественно связано с

недооценкой опасности возникающих симптомов болезни. В 1999 году у 57% больных был установлен вторичный рецидивный сифилис, а более чем 60% больных были выявлены активно, то есть во время исследования крови при обращении за медицинской помощью по поводу других заболеваний, во время медицинских осмотров, либо были привлечены к обследованию дерматовенерологической службой как половые и бытовые контакты больных сифилисом.

Более того, нельзя забывать, что болезни, передаваемые половым путем, являются факторами риска в отношении передачи вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).

Озабоченность дерматологов сегодня вызывают заразные грибковые заболевания кожи, слизистых оболочек, волос и ногтей, на долю которых, по данным областного кожно-венерологического диспансера г. Караганды, приходится свыше 27% всей кожной патологии.

Из зарегистрированных дерматомикозов свыше 80% составляют дерматофитии (паховая эпидермофития, руброфития, эпидермофития стоп, трихофития поверхностная и инфильтративно-нагноительная, микроспория), более 10% - грибковые поражения, вызванные дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Истинная распространенность микозов, по всей видимости, значительно выше, чем регистрируемая заболеваемость по обращаемости. По частоте встречаемости, скорости распространения и глобальности многие микозы приближаются к обычным простудным заболеваниям, не случайно их называют “всемирной заразой” и “возмездием цивилизации” [4].

Характерной чертой заболеваемости микозами является позднее обращение больных за медицинской помощью, что, безусловно, связано с незнанием и недооценкой опасности возникающих симптомов заболевания и возможных осложнений. Позднее обращение часто приводит к хроническому течению заболевания и создает определенные трудности в лечении. У 36% больных микозами отмечается хроническое течение дерматоза, нередко являясь причиной длительной потери трудоспособности [4,5].

Обидно, что наиболее цепко как ЗППП, так и грибковые заболевания “держат” людей работоспособного возраста в физическом и духовном расцвете сил и молодости. К сожалению, с ростом цивилизации молодеют и заразные кожные и венерические заболевания.

Практика показала, что население недостаточно информировано о сущности заразных кожных и венерических болезней, их признаках, путях распространения и мерах личной и общественной профилактики [5].

Вопрос оценки эффективности санитарного просвещения с целью профилактики болезней, передаваемых половым путем, и заразных кожных заболеваний очень сложный, ибо он входит в общий комплекс мероприятий по

пропаганде здорового образа жизни, сохранения и укрепления здоровья населения.

Долгие годы наше санитарное просвещение повествовало нам о болезнях и их лечении, а не учило нас беречь и приумножать здоровье. Такая пропаганда не формировала гигиеническое поведение человека, а, напротив, укрепляла “иммунитет безразличия” к тому, что пропагандировалось. Очевидно, что одного санитарного просвещения явно недостаточно для исправления антигигиенического поведения людей. Поэтому сегодня в программы всех вузов и школ введены специальные курсы обучения пропаганде здорового образа жизни (ЗОЖ).

Санитарное просвещение должно осуществляться одновременно с проведением различных социальных мероприятий, этического и нравственного воспитания, пропаганды здорового образа жизни, борьбы с пьянством, наркоманией, курением, проституцией и так далее.

Планирование и проведение санитарной, просветительной и оздоровительной работы кожно-венерологическими учреждениями должно осуществляться с учетом эпидемического состояния района, наличия очагов инфекции, результатов анализа заболеваемости и с учетом общей осведомленности населения. Работа должно осуществляться как среди больных, так и со здоровыми членами общества.

Организация работы по профилактике ЗППП, прежде всего, должна осуществляться среди молодежи и подростков, с привлечением к этой работе педагогов, средств массовой информации, общественности.

Работа по профилактике ЗКЗ, в том числе микозов, должна проводиться с учетом состава аудитории, особенностей эпидемиологии каждой инфекции.

Самым действенным методом предупреждения возникновения и дальнейшего распространения и заболеваний, передаваемых половым путем, и заразных грибковых заболеваний является проведение обязательных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров определенных категорий работников. С учетом социальной значимости, распространенности и высокой контагиозности и тех и других необходимо регламентировать проведение данного вида медицинских осмотров на базе специализированных кожно-венерологических учреждений.

Литература:

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

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

3. Самцов А.В. Справочник “Заразные дерматозы и венерические болезни” // Санкт-Петербург: “Спец. литература”, 1997.- С.16-29, 55-97.

4. Рукавишникова В.М. Клинические проявления и принципы лечения микозов стоп // Русс. мед. журнал, 1997.- Том 5.-№ 18.- С.1182-1194.

5. Айзятұлов Р.Ф., Бухарович М.Н., Юхименко В.В. Семейная микотическая инфекция у горнорабочих угольных шахт // Вестн. дермат., 1990.- №7.- С. 55-57.

Түйіндеме

ЖЫНЫСТЫҚ ЖОЛМЕН ЖӘНЕ ЖҰҚПАЛЫ ТЕРІ АУРУЛАРЫ АРҚЫЛЫ БЕРІЛЕТІН АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ

К.Ш. Садвакасов, Г.С. Бглекеева

Жыныстық жолмен берілетін аурулар және микозды жұқпалы аурулар дермато-венерологтардың жаңа тарихи жағдайдағы негізгі проблемалары болып отыр. Бастапқы алдын алу жұмыстарын, ағартушылық және түсіндірме жұмыстарын жүргізуге аса көңіл бөлу қажет, әсіресе аса қауіпті топтарға жүргізу қажет; қандай да бір категориялы қызметкерлерді мамандандырылған тері-венерологиялық мекеме базасында жұмысқа тұру кезіндегі міндетті және кезекті медициналық тексеруден өткізу қажет.

Summary

DISEASE PREVENTION, TRANSMITTED SEXUALLY AND INFECTIOUS SKIN DISEASES

K. Sadvakasov, G. Bolekeeva

A key problem of derma-venereologists in the new historical conditions are diseases, transmitted sexually and infectious fungal disease. Special efforts should be directed to primary prevention, conducting education and outreach, especially among high-risk groups, carrying out required upon employment and periodic medical examinations of certain categories of workers on the basis of specialized dermatovenerologic institutions.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Г.С. Булекеева

Областной кожно-венерологический диспансер, г. Караганда

Начиная с 1998 темпы прироста заболеваемости сифилисом и другими заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП) сократились более чем до 20%. Однако это не должно успокаивать специалистов, так как заболеваемость сифилисом и другими ЗППП остается высокой. Кроме того, нельзя забывать, что реальные цифры распространенности этих инфекций, значительно выше зарегистрированных, ведь многие из заболевших лечатся у частнопрактикующих врачей, незаинтересованных в выявлении источника заражения, который продолжает существовать, подвергая опасности заражения других лиц.

ЗППП могут явиться большой угрозой репродуктивному, генетическому, психическому здоровью населения, то есть обусловить падение рождаемости, увеличение числа детей с ограниченными интеллектуальными и физическими возможностями.

Более того ЗППП и, в первую очередь сифилис, могут стать базисом для быстрого распространения ВИЧ/СПИДа, что в условиях нынешней социально-экономической нестабильности может принять характер национальной катастрофы. Вероятность заражения ВИЧ-инфекцией лиц с поражениями гениталий, обусловленными ЗППП, в 50 раз выше, чем лиц со здоровыми половыми органами. Следовательно, не теряет своей актуальности положение ВОЗ о том, что именно контроль ЗППП является наиболее перспективной стратегией борьбы со СПИДом [Кешилева].

“Достойное” место среди причин роста ЗППП заняла проституция. Даже смертельная угроза заразиться ВИЧ-инфекцией не останавливает утративших нравственные ориентиры проституток, наркоманов, для которых нормой интимной жизни стала частая смена половых партнеров.

Ряд отечественных специалистов [1,3,4] предлагают легализовать проституцию, что позволит наладить учет и медицинское обслуживание проституток и, тем самым, взять под контроль заболеваемость ЗППП.

В Эдинбурге медицинская помощь секс-работникам оказывается общественными организациями “Проект Века” и “Скот ПЕП” [5], которыми осуществляется бесплатное распространение контрацептивов, беседы-консультации с последующим приглашением для обследования на сифилис, гонорею, хламидиоз, ВИЧ-инфекцию.

А.А. Антоньев и соавт. [2] считают необходимым введение полового воспитания в школах, усиление санитарно-просветительной работы, организацию досуга молодежи, что снизит рост ЗППП.

Следовательно, особые усилия дермато-венерологов и врачей других специальностей должны быть направлены на первичную профилактику ЗППП, ВИЧ/СПИДа, наркомании и проституции, проведение санитарно-просветительной и разъяснительной работы.

Первичная профилактика ЗППП должна иметь адресную направленность и проводиться прежде всего среди групп повышенного риска. Озабоченность в плане роста болезней, передаваемых половым путем, вызывают молодежь и подростки. В 1997 году заболеваемость сифилисом подростков 15-17 лет составила 179,0 на 100 000 представителей этого слоя населения.

Весной 1997 года НИ кожно-венерологическим институтом совместно с институтом Гиллера проведено социологическое исследование, которое показало, что 1/3 подростков 15-17 лет имеет опыт сексуальных контактов, то есть риск заразиться сифилисом или другими БППП сексуально активных подростков значительно выше.

Создавшаяся в республике ситуация требует вмешательства в подростковую среду не только врачей, но и педагогов, общественность, неправительственные организации, а также создания приоритетного направления в дело пропаганды здорового образа жизни. Мировой опыт показывает, что лучшим профилактическим мероприятием по распространению венерических заболеваний у подростков является полноценное половое воспитание.

Авангардное место в области сексуального воспитания среди всех развитых стран занимает Швейцария. Службой здравоохранения этой страны организуются занятия специально подготовленными врачами, знакомыми с психологией и педагогикой детей и подростков. Занятия по сексуальной гигиене и сексуальному воспитанию введены в школьную программу в Швеции, Норвегии и Дании. Как считают специалисты, такие занятия привели к существенному снижению заболеваемости венерическими заболеваниями среди подростков [6].

Систематическое изучение вопросов гигиены пола детьми и подростками должно стать неотъемлемым компонентом государственных программ обучения.

Долгие годы наше санитарное просвещение повествовало нам о болезнях и их лечении, а не учило нас беречь и приумножать здоровье. Такая пропаганда не формировала гигиеническое половое поведение человека, а, напротив, укрепляла “иммунитет безразличия” к тому, что пропагандировалось. Очевидно, что одного санитарного просвещения явно не достаточно для исправления антигигиенического полового поведения людей и подростков, в частности. Поэтому в программу всех вузов и школ введены специальные курсы обучения пропаганде здорового образа жизни (ЗОЖ).

Литература:

1. Аковбян В.А., Резайкина А.В., Тихонова Л.И. Характеристика эпидемиологических закономерностей, определяющих распространение заболеваний, передаваемых половым путем, в России // Росс. журн. кожных и венер. заболеваний, 1998.-№1.- С. 4-6.
2. Антоньев А.А., Романенко Г.Ф., Мыскин В.С. Проституция и заболевания, передаваемые половым путем // Вестн. дермат. 1997.-№6.- С. 20-22.
3. Гребенников В.А., Жаров Л.В., Ометов В.К. О легализации публичных домов // Вестн. дермат. 1999.-№2.- С. 14-15.
4. Левин М.М., Евстафьев В.В. Некоторые аспекты проблемы проституции и инфекций, передаваемых половым путем // Вестн. дермат. 1999.-№2.- С. 11.
5. Скотт Г.Р., Пикок У., Камерун С. Клиника для патронажной работы с проститутками в Эдинбурге // Пер. с англ. ЗППП 1997.- №6.- С. 12-16.
6. Чумаков Б.Н. Валеология // Избранные лекции.- М. Росс. педагог. агентство, 1997.- с. 66-72.

Түйіндеме

БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДА ЖЫНЫСТЫҚ ЖОЛМЕН БЕРІЛЕТІН АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ

Г.С. Булекеева

Жыныстық жолмен берілетін аурулардың алдын алудың нақты бағыты болуы қажет және ең алдымен аса қауіпті топтардың – жастар мен жасөспірімдердің арасында жүргізіледі. Жасөспірімдердегі венерологиялық аурулардың таралуын алдын алу шараларының бірі толыққанды жыныстық тәрбие екендігін әлемдік тәжірибе көрсетті.

Summary

PREVENTION OF DISEASES SEXUALLY TRANSMITTED AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS

G. Bulekeeva

Prevention of sexually transmitted diseases should be targeted focus and conducted primarily among high-risk groups - youth and adolescents. World experience shows that the best preventive measure for the spread of sexually transmitted diseases among adolescents is a full-fledged sex education.

7-8 декабря 2011 года в Карагандинском государственном медицинском университете состоялась Международная научно-практическая конференция «Проблемы в развитии паллиативной помощи в Республике Казахстан»



Участниками конференции были представители Карагандинского государственного медицинского университета, Управления здравоохранения по Карагандинской области, Лодзинской ассоциации хосписов Польши, ОО «Кредо», врачи, социальные работники, психологи, медицинские сестры.

Конференция проведена в рамках реализации Государственной программы «Саламаты Казахстан» на 2011-2015 годы и плана мероприятий в рамках проведения Национального дня здоровья с 23 ноября по 12 декабря «20 шагов к здоровью».

Паллиативная помощь – это направление медицинской и социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни инакурабельных больных и членов их семей.

Ежегодно в мире умирает более 10 млн человек, больных раком. Прогнозируется, что к 2020 году их число увеличится до 15-20 млн. Помимо онкологических больных, в паллиативной помощи и квалифицированном уходе нуждаются люди, в том числе дети, страдающие другими неизлечимыми недугами.

Увеличение продолжительности жизни, рост числа больных с хроническими прогрессирующими заболеваниями, рост онкологической заболеваемости, распространение СПИДа увеличивает число нуждающихся в адекватной комплексной медико-социальной помощи.

Для решения этих вопросов в 70-х годах прошлого столетия ВОЗ было инициировано движение за развитие паллиативной помощи более, чем в 40 государствах, ведущими среди которых являются Швейцария, США, Великобритания, Канада, Голландия, Бельгия, Франция и Австралия.

В Казахстане вопросы оказания паллиативной помощи населению внесены в «Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (2009г.). Постановлением Правительства Республики Казахстан 26.10.2009 года утвержден перечень категории населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу. В октябре 2009 года Приказом Министра здравоохранения РК утверждены «Правила оказания паллиативной помощи и сестринского ухода». На уровне ПМСП введены должности социальных работников и выделен государственный заказ на их

обучение.

Вместе с тем, международный опыт свидетельствует, что качество и эффективность организации и оказания паллиативной помощи зависит от мобильности и полноценности межведомственного взаимодействия и партнерства, уровня квалификации, целевой и межпрофессиональной подготовки как медицинских, так и немедицинских кадров.

Открывая пленарное заседание, ректор КГМУ, доктор медицинских наук, профессор **Раушан Султановна Досмагамбетова** напомнила, что движение за развитие паллиативной помощи, инициированное Всемирной организацией здравоохранения, началось более чем в 40 государствах мира, в том числе в Швейцарии, США, Великобритании, Канаде, Голландии, Бельгии, Франции и Австралии, еще в 70-х годах прошлого столетия.

С 2009 года этот вид помощи имеет нормативно-правовую базу и в Казахстане. Постановлением Правительства и приказом МЗ РК утверждены правила и перечень категорий населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу. На уровне ПМСП введены должности социальных работников и выделен государственный заказ на их обучение. В настоящее время вопросы совершенствования паллиативной помощи включены в Государственную программу развития здравоохранения Республики Казахстан “Саламатты Қазақстан” на 2011-2015 годы. Вместе с тем, подчеркнула Р. Досмагамбетова, назрела острая необходимость в повышении эффективности, качества и доступности этого вида услуг.

Заместитель начальника областного управления здравоохранения **Толеген Садвакасов** подтвердил, что сегодня паллиативная помощь доступна далеко не всем нуждающимся. В Караганде, например, облуправление здравоохранения сотрудничает только с одной организацией, оказывающей эту помощь, - обществом Красного Полумесяца и осуществляет оплату услуг за счет государственных средств в рамках ГОБМП.

По мнению Т. Садвакасова, служба обязательно должна стать одним из приоритетных направлений клинической медицины и общественного здравоохранения. Но нельзя отождествлять паллиативную помощь с оказанием услуг только на стационарном уровне. Она может быть амбулаторно-поликлинической, оказываться на дому и в этом случае не потребует значительных финансовых затрат.

По словам доктора медицинских наук, профессора, директора ОО “Кредо” **Надежды Козаченко** (НПО анализирует состояние паллиативной помощи в РК совместно с Высшей школой общественного здравоохранения с 2008 года), в г. Темиртау завершил работу пилотный проект по оказанию паллиативной помощи на дому, которым были охвачены больные СПИДом. Не так давно сотрудники “Кредо” в составе мультидисциплинарной бригады ездили в Румынию, где обучались по

специальности “Паллиативная медицина” (в Казахстане пока ее нет). Н. Козаченко выразила надежду, что полученные знания пригодятся при подготовке волонтеров и медицинских работников.

Заведующая кафедрой онкологии КГМУ, доктор медицинских наук, профессор **Валентина Брониславовна Сирота** рассказала о международных стандартах оказания паллиативной помощи, которые были приняты в 2003 году на заседании Комитета министров Совета Европы, переведены на 17 языков и рекомендованы для адаптации во всех странах с учетом их национальных особенностей.

В стандарты входят: определение паллиативной помощи, принципы, доступность и наличие поставщиков услуг, этика, область оказания услуг, структура и модель организации паллиативной помощи, мультидисциплинарный подход и обучение.

Основными составляющими паллиативной помощи являются купирование боли, психоэмоциональная поддержка больного и его семьи в период болезни, помощь родственникам в период тяжелой утраты, забота о специалистах, оказывающих этот вид услуг.

С интересным докладом выступила представитель Высшей школы общественного здравоохранения РК, доктор медицинских наук, профессор **Галина Каусова** поделилась, что сегодня в разработке национальных стандартов участвуют не только казахстанские ученые и международные эксперты, но и практикующие врачи, психологи, социальные работники, представители общественных объединений. Методическое курирование вопроса взяли на себя Министерство здравоохранения и КазНИИ онкологии, и вполне вероятно, что в 2012 году стандарты будут приняты.

С деятельностью и проблемами своих учреждений ознакомили участников конференции руководители Алматинского и Карагандинского хосписов.

Материалы, представленные участниками конференции, опубликованы в материалах международной научно-практической конференции «Проблемы в развитии паллиативной помощи в Республике Казахстан».

В рамках конференции были проведены 2 мастер класса: «Коммуникационные проблемы в паллиативной медицине», «Фандрайзинг в паллиативной медицине». Всем участникам мастер-классов вручены сертификаты.

Итогом научно-практической конференции стала принятая резолюция, в рамках которой медицинским вузам рекомендовано включить в подготовку и повышение квалификации врачей и сестер вопросы паллиативной медицины, разработать и внедрить образовательные программы по паллиативной помощи для волонтеров, социальных работников, членов семей пациентов с учетом международного опыта, организовать среди студентов-медиков волонтерское движение, направленное на оказание паллиативной помощи больным в хосписе и на дому.

ПАМЯТИ АСАТОВОЙ АКМАРАЛ БОЛАТАЕВНЫ



Отечественное здравоохранение и медицинская наука понесли невосполнимую утрату. 16 ноября 2011 года на 46 году ушла из жизни крупный деятель отечественного здравоохранения, Председатель совета директоров, Отличник здравоохранения, доктор медицинских наук Акмарал Болатаевна Асатова.

Жизненный путь Акмарал Болатаевны навсегда останется образцом служения своей профессии. В 1987 году А.Б. Асатова окончила Карагандинский государственный медицинский институт. Трудовую деятельность начала врачом кардиологом в Кустанайской области. С 1990 года, работая в научно-исследовательском институте кардиологии, защитила кандидатскую диссертацию.

В 1996 г. прошла обучение в Национальной высшей школе Государственного управления при Президенте РК, после окончания которой работала в Медицинском центре Управления делами Президента РК. С 2000 года работала референтом, заведующей сектором здравоохранения социально-экономического отдела в Канцелярии Премьер-министра РК. С августа 2007 года была назначена директором департамента здравоохранения Восточно-Казахстанской области.

По распоряжению Президента РК Н.А. Назарбаева от 28.10.2007г. назначена

ответственным секретарем Министерства здравоохранения РК. С 2009 года - Советник председателя правления АО «Национальный медицинский холдинг», с 09.2009-01.2010 - Председатель совета директоров АО «Республиканский диагностический центр»; с 01.2010 - Председатель совета директоров АО «Республиканский детский реабилитационный центр».

Асатова Акмарал Болатаевна внесла большой вклад в становление и развитие здравоохранения Республики Казахстан.

Большую экспертно-организационную, врачебную работу Акмарал Болатаевна сочетала с научно-исследовательской работой. В 2009 году А.Б. Асатова защитила диссертацию на соискание ученой степени доктора наук «Теоретико-методологические и организационные основы системы мониторинга и оценки деятельности системы, органов и организаций здравоохранения», ей присвоено ученое звание доктора медицинских наук.

На протяжении всей жизни Асатова Акмарал Болатаевна демонстрировала высокий профессионализм, стремление к совершенству, самоотверженность и самоотдачу.

Коллектив ОА «Республиканский детский реабилитационный центр», во главе с Председателем Правления и главным редактором журнала «Вопросы реабилитологии» скорбит в связи с кончиной Акмарал Болатаевны Асатовой и выражает глубокие соболезнования ее родителям, дочери, друзьям.

ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛЕ «ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ»

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. **Правило оформления библиографии:**

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

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

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

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

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

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

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

E-mail: journalrdrc@mail.ru

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

Банковские реквизиты:

АО «Республиканский детский реабилитационный центр»

г. Астана, пр. Туран, дом 36

РНН 620 200 308 320

ИИК KZ258560000000516844 (платный)

АО «Банк Центр Кредит»

Филиал г. Астана

БИК КСЖВ KZ KX, КБЕ 16

Рубрики журнала:

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