



РВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ

ISSN 2222 - 2014

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ № 11 | 2014 (1)



**АО "РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
ДЕТСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР"**
Национальный медицинский холдинг





Дорогие друзья!

Миссия нашего Центра:

Шаг за шагом мы возвращаем к активной жизни наших детей, обеспечивая их независимость и помогая им реализовать свои возможности!

Мы ценим:

- наших пациентов и их семьи;*
- качество и безопасность реабилитационных услуг;*
- командную работу реабилитологов;*
- непрерывное повышение квалификации персонала*

Дорогие друзья!

Желаем Вам и Вашим семьям процветания, любви, радости, здоровья и долгих лет жизни!

С уважением, Булекбаева Шолпан Адильжановна



**Приглашаем в
Республиканский детский
реабилитационный центр для
восстановления нарушений
двигательных функций с
помощью уникальной
роботизированной системы
“ЛОКОМАТ” (ШВЕЙЦАРИЯ)**



В мае 2014 года АО «Республиканский детский реабилитационный Центр» прошел международную аккредитацию JCI. Международные Эксперты JCI высоко оценили работу всего Центра. Основным требованием явились обеспечение безопасности пациентов, а также четкое взаимодействие сотрудников и обеспечение слаженной координации в процессе предоставления комплекса реабилитационных услуг.

Научно-практический журнал издается 3 раза в год

Тираж 300 экземпляров

Журнал зарегистрирован в Министерстве культуры и информации РК

Свидетельство о постановке на учет

№ 10834 от 14.04.2010 г.

принятии статьи, далее производит оплату услуг по публикации и прикладывает копию квитанции об оплате, либо по электронной почте высылают отсканированную копию квитанции
Статьи принимаются до 1 июля 2014 г.

Платежные реквизиты для оплаты услуг по публикации:

АО «Республиканский детский реабилитационный центр»

г. Астана, пр. Туран 36,

БИН 0709 4000 2605

АО «Альянс Банк» в г. Астана

ИИК: KZ499650000070546255

БИК IRTYKZKX, КБЕ 16

Тел: 8(7172) 511-544

Контактные координаты оргкомитета:

АО «Республиканский детский реабилитационный центр»

г. Астана, пр. Туран 36,

Отдел Науки и образования

Тел. +7 7172 511 543

e-mail: journalrdrc@mail.ru

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

Редакционная коллегия:

Дарибаев Ж.Р., Ризванова А.Р., Кусаинова К.К.,
Сундетова Р.А., Джумаева Л.Ш., Мухаметжанов Б.Ж.,

Султанова Г.М., Оспанова Ш.Х.,

Медетбекова Ж.А., Тажина А.С.

Редакционный совет:

Dr. S. Bar Naim (доктор PhD, Израиль)

Т.Т. Батышева (д.м.н., профессор, Россия)

М. Белокопытов (доктор PhD, Израиль)

Т.Т. Бокебаев (д.м.н., профессор, Казахстан)

В.И. Козьявкин (д.м.н., профессор, Украина)

А.Й. Кришюнас (д.м.н., профессор, Литва)

М.М. Лепесова (д.м.н., профессор, Казахстан)

Е.Т. Лильин (д.б.н., профессор, Россия)

М. Лобода (первый вице-президент, президент
Пан-Украинской Ассоциации физиотерапевтов и
бальнеотерапевтов, Украина)

Pr. F. Menendez (Эксперт в Министерстве
Здравоохранения Кубы)

Х.М. Мухаметжанов (д.м.н., профессор, Казахстан)

Dr. Slaheddine Montager (директор национального
офиса термализма и гидротерапии, Тунис)

Е.С. Нургужаев (д.м.н., профессор, Казахстан)

Р.И. Рахимжанова (д.м.н., профессор, Казахстан)

Т.К. Рахыпбеков (д.м.н., профессор, Казахстан)

А.Б. Садыкова (к.м.н., Казахстан)

К.А. Семенова (д.м.н., профессор, Россия)

Pr.O. Surdu (Ovidius University Constanta, Balneal and
Rehabilitation Sanatorium Techirghiol Romania, Румыния)

Dr. U. Solimene (профессор, Италия)

Н.А. Стороженко (д.м.н., профессор, Россия)

А.В. Чемерис (д.м.н., профессор, Казахстан)

М.З. Шайдаров (д.м.н., профессор, Казахстан)

А. Шарман (доктор PhD, Казахстан)

Н.И. Шевелева (д.м.н., профессор, Казахстан)

Учредитель журнала:

Республиканский детский реабилитационный центр

Адрес редакции:

г. Астана, пр. Туран 36

АО «РДРЦ»

Телефон/факс: (7172) 511-543

E-mail: journalrdrc@mail.ru

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

Бас редактор
Главный редактор
Editors-in-Chief

Медицина ғылымының докторы
Шолпан Адильжановна Булекбаева

Доктор медицинских наук
Шолпан Адильжановна Булекбаева

Doctor of medical sciences
Sholpan A. Bulekbaeva

Республика Казахстан
г. Астана,
пр. Туран 36

АО «Республиканский детский
реабилитационный центр»
тел. 7172-511-551
факс 7172-511-544
e-mail: rdrc@mail.ru
тел./факс 7172-511-543
e-mail: journalrdrc@mail.ru

Цель и содержание:

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

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

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

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

Рубрики журнала:

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

Уважаемые коллеги!

АО «Республиканский детский реабилитационный центр» совместно с Всемирной федерацией водолечения и климатолечения (*FEMTEC*) проводят **67-ую сессию Генеральную Ассамблею FEMTEC**, в рамках которой будет проведена II Международная научно-практическая конференция "Приоритетные направления реабилитологии" с **24 сентября по 28 сентября 2014 года**.

Основной идеей проведения *Генеральной Ассамблеи FEMTEC* и II Международной научно-практической конференции является обмен опытом специалистов в области реабилитации и санаторно-курортного лечения, научное подтверждение эффективности применения природных лечебных факторов в реабилитации пациентов со специфическими нуждами, совместное решение проблемных вопросов в улучшении качества жизни пациентов. Итоги **Генеральной Ассамблеи и Международной конференции** помогут удовлетворить растущий спрос по изучению и применению инновационных методов и подходов в области реабилитологии и бальнеотерапии в Казахстане.

В рамках **Научного Конгресса** будут рассмотрены вопросы традиционной медицины, научные достижения в курортологии и реабилитологии, организация курортного дела. Ведущими международными специалистами в области курортологии и реабилитологии будут представлены исследования в области водолечения и климатолечения, достижения и инновационные направления развития мировой курортологии и реабилитации. Также будут рассмотрены перспективы развития современных курортных комплексов, SPA технологий, менеджмент и маркетинг курортов и рекреации в Республике Казахстан.

В Конгрессе примут участие Президент и Вице - Президенты FEMTEC, руководители курортов многих стран мира, ученые и специалисты в области восстановительной медицины и курортологии, руководители центров восстановительной медицины и реабилитации, руководители санаторно-курортных учреждений и SPA центров, фирмы производители медицинского и специализированного оборудования, фармацевтические компании, представители здравоохранения и турбизнеса из России, Украины, Литвы, Латвии, Китая, Японии, Кореи, Израиля, Австрии, Германии, Франции, Италии, Андорры, Венгрии, Италии, Кубы, Тунис и др.

Для желающих принять участие необходимо заполнить электронную форму регистрационной карточки участника и отправить на указанный адрес.

Регистрационный взнос составляет 7 тысяч тенге.

Рабочие языки конференции: казахский, русский, английский.

Научный комитет Конгресса приглашает Вас принять участие в публикации научных работ в научно – практическом журнале «Вопросы реабилитологии». (Приложение №2. Требования к статьям).

Статьи направляются на электронный адрес оргкомитета (e-mail: journalrdrc@mail.ru), после рецензирования автор получает информацию о

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

11. Направление в редакцию работ, ранее опубликованных или предоставленных в другие редакции для опубликования, не допускаются.

12. Оплата за статью производится из расчета 500 тенге за одну страницу. При оплате следует указать ИИН и адрес автора.

СОДЕРЖАНИЕ

1.OBJECTIVE AND SUBJECTIVE TOLERANCE OF KINESIO TAPING® AS ADDITIONAL THERAPEUTIC METHOD IN EARLY POSTOPERATIVE REHABILITATION PERIOD BY ELDERLY PATIENTS

Venta Donec, Aleksandras Kriščiūnas.....7

2.ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВО-ИЗЛИЯНИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ

Булекбаева Ш.А., Байдарбекова А.К......9

3.ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДИАГНОЗОМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА

*Аманова А.Д., Сембиева Ф.Т.,
Сулейменова Р.К., Рахметова Б.Т., Мусина А.А.*.....14

4.НЕРВ-ЖҮЙКЕ АУРУЛАРЫНДА КЕЗДЕСЕТІН ВЕРТЕБРОГЕНДІ ПАРОКСИЗМАЛЬДЫ АУРУЛАР

Адилова В.З......23

5.СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОИЗВОДСТВА И СНАБЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ТЕХНИЧЕСКИМИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ В БОЛГАРИИ

Дюкенджиев Е.П......26

6.БЕТ НЕРВІСІНІҢ ЗАҚЫМДАЛУЫНДА БИОЛОГИЯЛЫҚ КЕРІ БАЙЛАНЫС ӘДІСІН ҚОЛДАНҒАН БАЛАЛАРДЫҢ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫНЫҢ НӘТИЖЕСІ

Жакежанова Ж.Р., Тұрсынбекова Ж.Б., Каладинова Т.И......30

7. ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ КАРДИО-БОС-ТРЕНИНГА ПРИ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЙ СЛУЖАЩИХ «КАЗАХСТАН-ТЕМИРЖОЛЫ»

Мусина А.А., Аманова А.Д., Сулейменова Р.К., Рахметова Б.Т......34

8.ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Сундетова Р.А., Омирбаева А.О......38

9. ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Сундетова Р.А., Шокабалинова С.Ж., Абдрахманова У.Ш......42

10.ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БОС В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ

Таджибаева М.А......47

11. ЧАСТОТА ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ДАУНА

Тугаева Ж.А., Кучербаева З.Т.....51

12. ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ И ТЕПЛОПРОЦЕДУР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Турарбекова А.Ж.....56

13. ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ И ВЗРОСЛОМУ ПРО ПРОГРАММЕ BLS

Ульмисекова Г.Б.....61

14. «ПРИНЦИПЫ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

Ергалиева А.А.,.....67

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

1. Статья должна быть напечатана в 2-х экземплярах на одной стороне листа А-4, шрифт 14, с одинарным (1,0) интервалом между строками. Поля сверху и снизу 3 см., слева 4 см., справа 2 см. и иметь разделы: УДК, ключевые слова, введение, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы, литература. Статьи могут быть на казахском, русском, английском языках. Каждая статья должна иметь Универсальную десятичную классификацию (код УДК присваивается в библиотеке организации, ключевые слова обязательны)

2. Статья может содержать до 6 страниц формата А 4 (не менее 2000 слов), список использованной литературы (библиография), резюме на трех языках с названием статьи (на русском, английском и казахском). Резюме должно содержать несколько предложений (до шести), отражающих суть проблемы, изложенной в статье и выводы. Обязательны инициалы и фамилии авторов, указанных в статье.

3. Обзоры – 8 страниц и более (без резюме, но с названием статьи на 2-х языках и библиографией от 43 до 60 источников за последние 10 лет)

4. Вверху первой страницы статьи пишутся: Инициалы и фамилии авторов, название статьи на казахском, русском, английском языках, название учреждения, в котором выполнена работа с указанием города. В конце статьи должна быть отдельная страница с подписью каждого автора, с указанием должности, ученой степени, ученого звания (фамилии, имени, отчества, адреса, e-mail и телефона).

5. Статья должна быть тщательно выверена автором. Корректурa авторам не высылаеtся, сверка проводится по авторскому оригиналу, интервал 1,0, в формате MS Word 6.0 2003, 2007

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

7. Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых, не допускается. Метрические данные даются в системе СИ.

8. Аббревиатура расшифровывается после первого упоминания в тексте и остается неизменной.

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

10. Список литературы составляется по ходу статьи, по мере употребления в тексте. В тексте дается библиографическая ссылка на порядковый номер источника в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются. При описании статей из журналов указываются ФИО авторов, название статьи и название журнала, год, том, номер страницы. При описании статей из сборников указываются ФИО авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, количество страниц. При описании монографии

методологические подходы и новые тенденции. <http://ISO9000.ok.ru>. – 2004. – №1.

12. Аронов И.З., Подболотова Е.В., Теплицкий А.А. Стратегический маркетинг как основа обеспечения качества продукции//Поставщик и потребитель. Сборник статей. Составитель И.В. Матвеева. – М.: РИА «Стандарты и качество», 2000. – С. 82.

13. Ибраев С.Е. Методологические технологии измерения процессов реформирования здравоохранения Республики Казахстан в новых социально-экономических условиях: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук: 14.00.33. – Алматы: Научный центр медицинских и экономических проблем здравоохранения Агентства РК по делам здравоохранения, 2001. – 50 с.

14. Жузжанов О.Т., Ибраев С.Е. Теоретические аспекты и методические подходы к измерению и оценке процессов реформирования отрасли здравоохранения//Алматы, 1999. – 205 с.

15. Иванченко Н.Н., Биртанов Е.А., Ахметов В.И., Абдрахманова С.А. Оценка мнения населения о качестве медицинской помощи в Республике Казахстан//Денсаулық сақтауды дамыту журналы. – 2007. – №2 – с. 33-39.

УДК: 616-036.83-089.168.1-052

OBJECTIVE AND SUBJECTIVE TOLERANCE OF KINESIO TAPING® AS ADDITIONAL THERAPEUTIC METHOD IN EARLY POSTOPERATIVE REHABILITATION PERIOD BY ELDERLY PATIENTS

*Venta Donec, Aleksandras Kriščiūnas
Rehabilitation Department, Medical Academy, Lithuanian
University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania*

Key words: kinesio taping, tolerance, postoperative rehabilitation, randomised trial, elderly

Introduction. Kinesio Taping® method was developed by dr. Kenzo Kase in 1975's. Since then this method become widely used in sport medicine and other clinical practice worldwide seeking various therapeutic aims. However there is little data analyzing tolerance of Kinesio Taping® method among elderly patients.

Aim of the study. To evaluate tolerance of Kinesio Taping® method applied after total knee replacement surgery in early postoperative rehabilitation period and it's subjective appreciation by patients.

Methods. Randomized clinical trial. 94 patients, who underwent primary total knee replacement surgery, using simple randomization, were allocated into Kinesio Taping group and control group. Both groups received same rehabilitation program and procedures after surgery, except Kinesio Taping group also received Kinesio Taping® applications throughout all rehabilitation period. The objective tolerance of Kinesio Taping method was evaluated by data which were gained from rehabilitation team feedback about any side effects of tapes also changes in postoperative pain, range of motion and leg circumference (for edema assessment) during rehabilitation period were analyzed. Kinesio taping® group's patients at the end of inpatient rehabilitation received self-administered questionnaire, in which they were asked to evaluate and share their experience about Kinesio taping method in order to get subjective feedback. 5 patients did not finished study's protocol, therefore were excluded. The chosen level of significance was $p < 0.05$; in evaluation power of the test $\beta \leq 0.2$. Groups were homogenous according sex, age, BMI, comorbidities, preoperative knee flexion/extension impairment, preoperative pain intensity, anaesthesia, prosthesis implanted ($p > 0.05$).

Results. Objectively Kinesio Taping® method was well tolerated by all patients. Kinesio taping group patients actively participated in physical therapy exercises and other procedures, no clinically significant skin irritations evoked by Kinesio tapes were noticed during rehabilitation period as well. Postoperative pain was found lesser in Kinesio taping group from the second postoperative week till the end of inpatient rehabilitation (28th postoperative day) ($p < 0.05$; $\beta \leq 0.2$). Postoperative edema was less intense and regressed quicker in Kinesio taping group as well ($p < 0.05$; $\beta \leq 0.2$). No difference was found in improvement of knee flexion ($p > 0.05$). Operated knee extension was found better in Kinesio taping group then in control at the end of inpatient

rehabilitation ($p < 0.05$; $\beta \leq 0.2$). Subjectively majority of patients (37(92.5%)) from Kinesio taping group referred Kinesio Taping® method as 'helpful' after total knee replacement surgery.

Conclusion. Kinesio taping® technique, applied during the study, objectively was well tolerated by all patients as well as subjectively appreciated as 'helpful' by majority (92.5%) of them.

SUMMARY

OBJECTIVE AND SUBJECTIVE TOLERANCE OF KINESIO TAPING® AS ADDITIONAL THERAPEUTIC METHOD IN EARLY POSTOPERATIVE REHABILITATION PERIOD BY ELDERLY PATIENTS

Venta Donec, Aleksandras Kriščiūnas

Kinesio taping® technique, applied during the study, objectively was well tolerated by all patients as well as subjectively appreciated as 'helpful' by majority (92.5%) of them, however further investigation in this field is needed.

РЕЗЮМЕ

ОБЪЕКТИВНОЕ И СУБЪЕКТИВНОЕ ДОПУСК KINESIO TAPING® В КАЧЕСТВЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МЕТОДА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ.

Вента Донец, Aleksandras Kriščiūna

Во время исследования в качестве дополнительного терапевтического метода в раннем послеоперационном периоде реабилитации у пожилых пациентов применялась Kinesio лента® технология. Объективно хорошо переносилась всеми больными, субъективно эффективность отмечалась у 92,5%, однако требуется дальнейшее исследование в этой области.

ТҮЙІНДЕМЕ

ҮЛКЕН КІСІЛЕРДЕГІ ОПАДАН КЕЙІНГІ ЕРТЕ КЕЗЕНДЕГІ KINESIO TAPING® ӘСЕРІМЕН ӨТКЕН ҚОСЫМША ОБЪЕКТИВТІ ЖӘНЕ СУБЪЕКТИВТІ ТЕРАПЕВТИКАЛЫҚ ӘДІСТІҢ САПАСЫ.

Вента Донец, Aleksandras Kriščiūnas

Зерттеу барысында үлкен кісілерде опадан кейінгі ерте кезеңдегі Kinesio таспа® технологиясы қолданылды. Объективті ол барлық емделушілерде тиімдігі жоғары болды, ал субъективті баға ретінде 92,5% дейін көтерілді, алайда әрі қарай осы аймақта зерттеуді қажет етеді.

Мақалада сапа менеджменті жүйесі – денсаулық сақтау саласындағы қызмет ету сапасының жақсарту құралы ретінде қарастырылады. Медициналық ұйымдардағы сапа менеджменті жүйесі тұтынушаларды қанағаттандыруды жоғарлату мәдениетінің қалыптасуында маңызды рөл атқарады және де медициналық ұйымдардың дамуына, олардың қызметтерінің табысты болуына жол ашады. Сонымен қатар сапа менеджменті жүйесі халықтың талаптарына сәйкес болу үшін көрсетілген қызметтердің сапасын жақсартуға бағытталған кепілді құрылым деп есептелінеді.

Список литературы

1. Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» от 28 февраля 2007 года.
2. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года N 311 «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы».
3. Концептуальные подходы к затратам и качеству: По материалам проекта по обеспечению качества Центра социальных служб США //Главный врач. - 2002. - №6. - С. 69-77.
4. Тулебаев К.А., Слажнева Т.И., Куракбаев К.К., Кутлумуратов А. и др. Руководство по организационно-методическому обеспечению сбора данных для мониторинга и оценки реализации государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. – Астана-Алматы, 2005. – 53 с.
5. Оценка качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений//Под ред. О.П. Щепина. – М., 1999. – С. 14-17.
6. Кусаинов А.К. О новой системе технического регулирования//Мир качества. – №1. – 2005. – С. 3.
7. Абдрахманов А.А. ИСО 9000: Менеджмент качества медицинских услуг//Мир качества. – №1. – 2005. – С. 2.
8. Графкин В. Введение в менеджмент качества по ИСО 9000:2000. Уральск: ТОО «Полиграфия», 2010. – С. 31-36.
9. Владимирцев А.В., Шеханов Ю.Ф. Принцип постоянного улучшения МС ISO 9000 версии 2000 года. <http://ISO9000.ok.ru>.
10. Медицинская услуга как товар. Качество медицинской услуги. Критерии качества услуги//Медицинские конференции. Интернет-журнал, 2004. (Medico.ru).
11. Чубарова Т.В. Управление медицинскими учреждениями:

на практике принципов системы менеджмента рассматривается сегодня как необходимое условие успешной деятельности и развития организаций любых форм собственности, как наиболее надежная форма гарантии соответствия качества поставляемой продукции и услуг требованиям потребителей. Медицинским организациям необходимо не только внедрять системы менеджмента качества, но и постоянно их совершенствовать путем постоянного анализа, мониторинга всех процессов. Так как системный подход к управлению в медицинских организациях, позволит определить пути повышения эффективности деятельности организаций здравоохранения.

Summary

"Principals of quality management system in a process of quality medical services provision"

Yergaliyeva A.A., expert-auditor LLP "Republican Center of Certification"

The article describes a quality management system as a tool to improve the quality of medical services. Quality management system in medical organizations can play a significant role in shaping the patient oriented culture and regarded as a prerequisite for successful business and development of medical organizations, as well as the most reliable form of guarantee for delivery of quality service demanded by the population.

РЕЗЮМЕ

«Принципы системы менеджмента качества в улучшении качества оказания медицинской помощи»

Ергалиева А.А., эксперт-аудитор ТОО «Республиканский Центр Сертификации», г. Астана

В статье рассмотрена система менеджмента качества, как инструмент улучшения качества оказания медицинских услуг. Система менеджмента качества в медицинских организациях может играть значительную роль в формировании пациенториентированной культуры и рассматриваться как необходимое условие успешной деятельности и развития медицинских организаций, а также в качестве наиболее надежной формы гарантии соответствия качества поставляемых услуг требованиям населения.

Түйіндеме

«Медициналық көмек көрсету сапасының жақсартуында сапа менеджменті жүйесінің қағидаттар»

Ергалиева А.А., «Республикалық Сертификаттау Орталығы» ЖШСнің сарапшы-аудиторы, Астана қ.

УДК: 616.831.38-005.1-053.2

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ

Булекбаева Ш.А., Байдарбекова А.К.

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

Актуальность. Проблема внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) несомненна и обусловлена тем, что данная патология, находясь в структуре перинатальных поражений ЦНС, занимает одно из ведущих мест среди причин перинатальной детской патологии и смертности, а также формирования различных клинических синдромов, среди которых имеют место тяжелые нарушения психо-неврологического развития [2, 3, 7, 13]. В силу своей значимости данная патология привлекает к себе внимание исследователей на протяжении уже более 40 лет. Но, несмотря на большое количество работ, посвященных проблеме ВЖК у новорожденных, данный вопрос остается актуальным [3, 10, 11, 13]. Это подтверждают данные Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины совместно с Ассоциацией детских нейрохирургов России от 2014 года, согласно которым, частота развития ВЖК у недоношенных новорожденных составляет от 60 до 90% случаев. Несколько иначе выглядят зарубежные статистические данные о данной патологии среди недоношенных детей: по результатам исследования в США, заболеваемость ВЖК среди детей с очень низкой массой тела при рождении (от 750 до 1500 г), на данный момент составляет около 20%, у детей с массой тела 500-750 г - примерно 45%. [9, 12]. ВЖК продолжает оставаться одной из основных проблем недоношенного ребенка в современных отделениях интенсивной терапии новорожденных по всему миру. По данным различных исследований, проведенных зарубежными авторами исходами ВЖК у детей различного гестационного возраста являются: задержки психического развития и задержки развития речи, а также их сочетание, детский церебральный паралич, тугоухость, а также нарушения зрения [5, 7, 8].

Целью исследования явилось выявление отдаленных исходов у детей, перенесших ВЖК в перинатальном периоде развития.

Материалы и методы исследования явились ретроспективное исследование детей различных возрастных групп с 1 года и до 6 лет (включительно), перенесшие ВЖК в перинатальном периоде развития с ноября 2013 по май 2014 года. Группа составила 26 человек. Исследование проводилось на базе психо-неврологических отделений АО «Республиканский Детский Реабилитационный Центр». Путем изучения представленных материалов амбулаторных карт детей, содержащих выписку ребенка из родильного дома и выписку из отделений патологии новорожденных (при наличии), данные дополнительных методов исследования детей и описания клинических проявлений болезни на различных стадиях до поступления в стационар, были оценены анамнез жизни и заболевания ребенка и проведен анализ полученных

данных. При осмотре детей при поступлении в стационар был проведен клинический анализ по избранным нами критериям для выявления подробностей клинической картины ВЖК, наличия сопутствующих патологий, а также при помощи результатов дополнительных методов исследования был выставлен клинический диагноз и оценен уровень реабилитационного потенциала каждого ребенка.

Результаты работы. Из 26 случаев с изучаемой патологией – ВЖК было выставлено 14 мальчикам (53,8%) и 12 девочкам (46,1%). Возраст детей от 1 до 6 лет включительно, из них возраст от 1 до 2 лет-3 детей (11,5%), от 2 до 3 лет -5 детей (19,2%), от 3 до 4 лет – 6 детей (23%), от 4 до 5 лет-3 детей (11,5%), от 5 до 6 лет- 8 детей (30,8%), от 6-6,5 лет – 1 ребенок (2,6%). В ходе исследования выявлено, что среди пациентов реабилитационного центра наиболее часто диагноз ВЖК выявлен у мальчиков в возрасте от 5 до 6 лет.

Результаты и обсуждение. Исходами ВЖК у детей нашего Центра явились следующие клинические диагнозы: Детский церебральный паралич (ДЦП): 17 детей (65,4%), из них: с гемипаретической формой - 3 детей (17,6%), со спастической диплегией -5 детей (29,4%), с атонико-астатической формой – 2 детей (11,8%), с гиперкинетической формой -3 детей (17,6%), со спастико-гиперкинетической формой-4 детей (23,6%). Гидроцефалии, состояния после операции вентрикулоперитонеостомии была выявлено у 4 детей с ВЖК (15,4%), задержки психо-речевого развития (ЗПРР) – у 4 детей (15,4%), синдром Дауна – у 1 ребенка (2,6%),

Наиболее часто встречающейся патологией в результате ВЖК периода новорожденности в условиях Центра стал ДЦП, спастическая диплегия. По степени тяжести исходы ВЖК у детей были разделены на 3 группы по степеням тяжести:

- в группу с последствиями легкой степени тяжести и высоким реабилитационным потенциалом вошли 3 детей (11,5%) со следующими диагнозами: ЗПРР, ДЦП, гемипаретическая форма справа, легкой степени тяжести и гидроцефалия после шунтирования.

- в группу с последствиями ВЖК средней степени тяжести и со средним реабилитационным потенциалом вошли 13 детей (50%) со следующими диагнозами: Задержка психоречевого развития - 3 (23%), болезнь Дауна - 1 (7,7%), ДЦП, атонико-астатическая форма, средней степени тяжести - 1 (0,08%), ДЦП, гемипаретическая форма, средней степени - 2 (15,4%), ДЦП, спастическая диплегия, средней степени тяжести - 3 (23%), гидроцефалия, состояние после шунтирования, двигательные нарушения - 3 (23%). В группу с последствиями ВЖК тяжелой степени и с низким реабилитационным потенциалом вошли 10 детей (38,5%) со следующими диагнозами: ДЦП, спастическая диплегия, тяжелой степени тяжести - 1 (10%), ДЦП, атонико-астатическая, тяжелой степени тяжести - 2 (20%), ДЦП, спастико-гиперкинетическая форма, тяжелой степени тяжести - 4 (40%), ДЦП, гиперкинетическая форма, тяжелой степени тяжести - 2 (20%). Из изученных 26 случаев последствий ВЖК в условиях Центра – с легкой

услуги [6].

Рассмотрим одно из ограничений стандарта сервисности, разработанного, например, государственной поликлиникой – порядка организации записи пациента на прием к врачу при первичном обращении. Анализ литературы показывает, что имеется ряд интересных наработок в этом направлении, в которых авторы постарались до минимума сократить время и усилия, затрачиваемые пациентом на первичное (и последующие) обращение в поликлинику. При этом предлагаются самые разнообразные регламенты: от установки параллельных телефонных линий для упрощения доступа в регистратуру до самозаписи и внедрения компьютеризированных протоколов и программ по формированию талонов на прием, одновременно подающих команду на передачу карты пациента соответствующему врачу в необходимый кабинет для приема в назначенное время.

Серьезное внимание уделяется также удобству предварительной записи за несколько недель до приема, оптимизации процедур приема больных в течение рабочего дня с акцентом на прием во второй половине дня с удлинением часов врачебного приема для работающих и в первой половине - для пенсионеров, а также улучшению обслуживания пациентов на территории поликлиники введением должности так называемого «администратора или менеджера холла», помогающего пациентам, особенно пожилым, слабо видящим и плохо передвигающимся, ориентироваться в поликлинике.

Другое ограничение принципа сервисности – минимизация времени ожидания приема у лечащего врача. Это одна из наиболее сложных задач, тем не менее, приходится решать и ее, главным образом за счет оптимизации процесса оформления медицинской документации врачом на приеме и интенсификации работы среднего медицинского персонала поликлиники (медицинских сестер), хотя необходимость пересмотра данных нормативов в сторону увеличения времени приема врачом пациента и установление более доверительного отношения между ними не подлежит сомнению [7].

Еще одним путем оптимизации является формирование кабинета доврачебного приема, который берет на себя функции работы с людьми, не записавшимися на прием, но чувствующими недомогание. Прием таких пациентов может вести медицинская сестра либо фельдшер, способные измерить давление, температуру и принять решение о направлении к терапевту либо к узкому специалисту. Как представляется, кабинет доврачебного приема может стать своеобразным фильтром в потоке пациентов и избавит их от необходимости самостоятельно определять, к какому именно специалисту необходимо обратиться, после чего самому становиться в очередь к врачу, в приеме у которого, возможно, нет необходимости.

Зона ограничений определяет так называемую зону безопасности медицинской услуги, гарантирующую и пациенту, и врачу минимизацию риска врачебных ошибок при постановке диагноза и назначения лечения.

Таким образом, применение и сертификация системы качества, применение

как наиболее мягкий, щадящий, малотравматичный, но при всех обстоятельствах высокопрофессиональный способ предоставления услуги, клиентоориентированность – как целевая направленность оказания такой услуги ее конкретному потребителю. К сожалению, в обществе эти составные элементы системы менеджмента качества прививаются с трудом: до понимания их философского значения, видимо, еще далеко. Тем важнее привлекать к ним внимание, в особенности с учетом того факта, что без их профессионального осмысления и настойчивого претворения в жизнь система менеджмента качества как таковая существовать не может в принципе [5].

С появлением частной медицины интерес к проблемам сервисности и клиентоориентированности возрос. Это и понятно: мнение пациента важно для нее в первую очередь, поскольку за него, как плательщика медицинских услуг, приходится бороться в условиях достаточно жесткой конкуренции на рынке медицинских услуг. Следует проникнуться пониманием того, что удовлетворение требований пациента означает не только умение предоставить именно ту услугу, которую он ожидает и которая ему необходима, но и искусство превзойти его ожидания. Это означает, что вы не только привлекли потребителя медицинской услуги – пациента, но и удержали его, что наиболее ценно в частном бизнесе, особенно в медицинском.

Отсюда следует вывод, что медицинская услуга, представленная с применением философии сервисности и клиентоориентированности в рамках системы менеджмента качества, в наибольшей степени удовлетворяет потребности, как врача (медицинского персонала), так и потребителя этой услуги, т.е. пациента. В этом и заключается основное преимущество системного подхода к ее оказанию: выигрывают обе стороны одного и того же процесса.

Для определения ограничений, влияющих на структуру системы менеджмента качества медицинской организации, необходимо более детально рассмотреть условия постановки диагноза и назначения лечения, а также процессы формирования качества на разных стадиях и этапах жизненного цикла медицинской услуги (ЖЦМУ). же их политические элиты

В числе первых следует учесть ограничения, вытекающие из интересов пациента как потребителя предоставляемой медицинской услуги и оплачивающего ее из собственных или страховых средств. Эти ограничения не позволяют:

- отступать от разработанных медицинской организацией стандартов сервисности (т.е. обслуживания пациента), обеспечивающих качество медицинской услуги с точки зрения ее восприятия пациентом на этапах ЖЦМУ;
- привлекать к оказанию медицинской услуги ненадлежащим образом подготовленный (необученный или недостаточно обученный) медицинский персонал;
- осуществлять какие-либо диагностические, лечебные или иные мероприятия в пределах медицинской организации, отрицательным образом влияющие на процесс обеспечения качества предоставляемой медицинской

формой патологии - 11,5% детей, в среднетяжелые формы - 50%, а в тяжелые формы патологий - 38,5%, что подтверждает значимость данной патологии в развитии неврологических нарушений у детей.

Нами было выявлено, что у 26 детей ВЖК развилось у 20 детей различной степени недоношенности (76,9%) и лишь у 6 (23%) доношенных детей. Данные цифры подтверждают мировые данные о прямой зависимости развития ВЖК с гестационным возрастом новорожденного.

Исследование зависимости между гестационным возрастом детей при рождении и тяжестью отдаленных последствий после ВЖК в нашей работе представлено в следующей таблице.

Таблица 1. Корреляция между сроком родов и степенью тяжести отдаленных последствий ВЖК

Недоношенность по сроку/ степень последствий	Легкие (3)	Среднетяжелые (13)	Тяжелые (10)
Д	1(33%)	2(15%)	3(30%)
НПС I	1(33%)	2(15%)	-
НПС II	-	4(30%)	4(40%)
НПС III	1(33%)	2(15%)	3(30%)
НПС IV	-	3 (23%)	-

Примечания: Д- доношенные, НПС I - роды 35-37 недель, НПС II- роды 32-34 недель, НПС III – роды 29-31 недель, НПС IV - роды до 29 недель.

Таблица 2. Корреляция между степенью ВЖК перинатального периода и степенью тяжести отдаленных последствий ВЖК

тепень ВЖК/степень последствий	Легкие (3)	Среднетяжелые (13)	Тяжелые (10)
1	1	2	3
2	1	2	3
3	1	2	3

По данным таблиц видно, что прямой связи между тяжестью развившихся последствий и сроком родов при ВЖК не прослеживается: так, доношенные дети в результате ВЖК имели последствия от легких до тяжелых, тогда как глубокая недоношенность у изученных детей привела лишь к среднетяжелым последствиям. Тяжесть осложнений в большей степени зависит от других патогенетических факторов, таких, как тяжесть ВЖК при рождении (что видно по данным таблицы 2), лечебных мероприятий, оказанных ребенку в перинатальном периоде развития и реабилитационного лечения, проведенного впоследствии.

Таким образом, по результатам проведенной работы доказывает анализ развившихся после кровоизлияний последствий. Кроме того, на тяжесть исходов в

большей степени влияет тяжесть ВЖК при рождении и другие факторы, нежели гестационный возраст новорожденного. Исследование свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения проблемы ВЖК у детей с целью снижения неблагоприятных последствий данной патологии.

Литература:

1. Володина Н.Н., Горелышева С.К., Попова В.Е. Внутривентрикулярные кровоизлияния, постгеморрагическая гидроцефалия у новорожденных детей, принципы оказания медицинской помощи. Текст. Методические рекомендации. М.-2014., -7с.
2. Петрухин А.С. Детская неврология. Том 2. Текст/Петрухин А.С. Москва: ГЭОТАР-Медиа.-2012., -66 с.
3. Семенов О.Б., оптимизация высокотехнологической помощи новорожденным с тяжелыми формами ВЖК (нейрохирургические аспекты). Текст.: Автореф. дисс. док. мед. наук: СПб. - 2010 - 23 с.
4. Хромова С. В. Состояние центральной нервной системы и церебральная гемодинамика у доношенных детей первых двух лет жизни, перенесших внутривентрикулярные кровоизлияния. Текст.: Автореф. Дисс. канд. мед. Наук: Иваново - 2004).
5. Ballabh P., Braun A. Anatomic analysis of blood vessels in germinal matrix, cerebral cortex and white matter in developing infants. *Pediatr Res* 56:117–124. 2004
6. Bayram E., Bayram M., Topcu Y., Hız S., Kayserili E. Long term neurodevelopmental outcome of preterm infants with periventricular-intraventricular hemorrhage. / Bayram E. [et al.] // *J. of Clinical and Experimental Investig.* -2012; -№3 (3). 3
7. Bolisetty S., Dhawan A., Abdel-Latif M. *Pediatrics.*, 2014 Jan;133(1):55-62. doi: 10.1542/peds.2013-0372. Epub 2013 Dec 30. «Intraventricular hemorrhage and neurodevelopmental outcomes in extreme preterm infants».
8. de Vries L., Brouwer A., Groenendaal F. Posthaemorrhagic ventricular dilatation: when should we intervene?/ de Vries L.S. [et al.] // *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* -2013; №98(4).
9. Jain N., Kruse L., Demissie K. Impact of mode of delivery on neonatal complications: trends between 1997 and 2005. *J Matern Fetal Neonatal Med* 22:491–500
10. Jernigan S., , Graham D. The comparative effectiveness of ventricular shunt placement versus endoscopic third ventriculostomy for initial treatment of hydrocephalus in infants. *J Neurosurg Pediatr.* 2014 Mar;13(3):295-300. doi: 10.3171/2013.11.PEDS13138. Epub 2014 Jan 3.
11. Liu J., Chang L.W., Wang Q. et. al. General evaluation of periventricular-intraventricular hemorrhage in premature infants in mainland China. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2010 Jun 1;11(2):73-7. doi: 10.5152/jtgga.2010.02. eCollection 2010, 2.
12. Philip A., Allan W., Tito A., Wheeler L. Intraventricular hemorrhage in preterm infants: declining incidence in the 1980s. *Pediatrics* 84:797–801;2. Tsai A., Lasky R., John S. Predictors of neurodevelopmental outcomes in preterm infants with intraparenchymal hemorrhage. 2014 Feb 20. doi: 10.1038/jp.2014.21).

оформленная, внедренная и поддерживаемая в рабочем состоянии медицинской организацией система менеджмента качества (СМК), соответствующая требованиям международных стандартов ИСО серии 9000, применяющаяся во многих странах мира в разных отраслях, в том числе и в области здравоохранения.

Для потребителя система менеджмента качества организации является гарантией качества получаемой медицинской помощи, а для руководства – это уверенность в том, что задачи, поставленные перед коллективом, будут выполнены.

Реализация системы качества не является одномоментным действием, а представляет собой процесс, зависящий от состояния медицинской организации. Международный стандарт ИСО 9001:2008 обеспечивает методологию мониторинга качества лечебно-диагностического процесса и медицинской помощи в условиях конкретной организации здравоохранения. На каждом этапе развития организации критерием правильности создания системы качества служит положительный результат.

Созданная система, логично сложенная из стандартов и методологических инструкций, распределенных по четко разграниченным процессам, становится понятной всем сотрудникам организации, что является одним из главных залогов успеха организации.

В числе наиболее существенных ожидаемых результатов внедрения и поддержания в рабочем состоянии системы управления качеством, отвечающей требованиям стандартов ИСО, можно назвать:

1. улучшение качества предоставляемых услуг по медицинскому профилю и удовлетворенности потребителей;
2. повышение производительности труда, эффективности медицинской помощи и сокращение затрат на ее оказание;
3. минимизация и предотвращение финансовых и моральных потерь для учреждения; повышение общей финансовой и производственной дисциплины;
4. укрепление имиджа надежного учреждения, повышение его авторитета у населения и в профессиональных кругах;
5. увеличение заинтересованности персонала в качестве, создание атмосферы в коллективе, которая ориентирует персонал на долгосрочную перспективу [4].

При предоставлении медицинских услуг оказываются задействованными человеческие и материальные ресурсы, сконцентрированные в медицинской организации в интересах пациента.

Документально оформленные процессы и результаты обеспечения качества, а также сертификация систем менеджмента качества могут показать общественности, что медицинская организация предоставляет безопасную и эффективную помощь своим потребителям.

Сервисность и клиентоориентированность – это необходимые составные элементы системы менеджмента качества при оказании любых услуг, в том числе медицинских. Смысл этих терминов понятен: сервисность можно рассматривать

формам медицинского обслуживания, обеспечения профилактической направленности отрасли, повышения уровня доступности и качества медицинской помощи, внедрения специальных социальных услуг, а также создания условий для мотивации у населения самосохранительного поведения, профессионального и личностного роста медицинского персонала, адаптации системы здравоохранения к современным требованиям и рыночным условиям общества [2].

Качественное развитие системы здравоохранения является одной из первоочередных задач страны и на данный момент уделяется большое внимание сохранению динамики в этом направлении, и увеличению ключевых показателей. Современные экономические условия функционирования и развития здравоохранения при возрастающих требованиях к качеству медицинских услуг, и с развитием рыночных отношений в области медицины обуславливают внедрение новых эффективных форм управления. Важнейшей составляющей общей функции управления является управление качеством, которое определяет и реализует политику, выраженную руководством.

Разработка и внедрение систем управления качеством в здравоохранении в Казахстане сдерживается по ряду причин, в том числе из-за отсутствия необходимого целевого финансирования на разработку и недостаточной информированности медицинских работников всех уровней о международных стандартах ИСО серии 9000. На данный момент в Казахстане сертифицированных медицинских предприятий в области качества немного, однако, положительная динамика в сторону данного выбора все-таки есть. Выбор этого направления был продиктован экономическими условиями, в которых успешная деятельность лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь с применением высоких технологий, их конкурентоспособность на рынке медицинских услуг в значительной степени начинают зависеть от наличия высокоэффективного организационно-технического механизма управления и обеспечения качества предоставляемых услуг. Важным моментом стоит отметить инициативу первых руководителей предприятий, внедривших современные системы управления, именно их деятельность и стала залогом развития таких систем в Казахстане [3].

В Казахстане проблема качества в области здравоохранения решается пока по большей части посредством контроля качества, хотя, как известно из зарубежного и собственного опыта страны, качество не возникает в процессе контроля, а создается на каждом этапе оказания медицинской услуги.

Медицинским организациям необходима концепция системного обеспечения качества, предусматривающая постоянную работу по созданию условий, в которых требуемое качество производится на каждом этапе оказания медицинской помощи, а контроль, в частности, является лишь одним из элементов этой системы. Таким образом, имеется потребность в создании и внедрении системы управления качеством.

Достижению поставленных целей служит разработанная, документально

РЕЗЮМЕ

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ

Булкбаева Ш.А., Байдарбекова А.К.

Проблема внутрижелудочковых кровоизлияний актуальна в связи с тем, что занимает одно из ведущих мест среди причин перинатальной детской патологии и смертности, а в дальнейшем - детской инвалидности. В статье изучаются отдаленные последствия перенесенных внутрижелудочковых кровоизлияний в перинатальном периоде у детей, что доказывает значимость данной патологии и необходимость ее дальнейшего изучения.

ТҮЙІНДЕМЕ

БАЛАЛАРДЫҢ ПЕРИНАТАЛДЫҚ КЕЗЕНДЕ АЛҒАН МИДЫҢ ҚАРЫНША ІШІЛІК ҚАН ҚҰЙЫЛУЫНЫҢ САЛДАРЛАРЫ

Булкбаева Ш.А., Байдарбекова А.К.

Мидың қарынша ішілік қан құйылулардан мәселесінің көкейкесті болуы, оның перинаталдық балалар өлімі мен ауытқуы, одан әрі балалар мүгедектігінің басты себептерінің бірі болуына байланысты. Мақалада балалардың перинаталдық кезеңде алған мидың қарынша ішілік қан құйылуының салдарлары, аталған ауытқудың маңыздылығы және оны әрі қарай зерттеудің қажеттілігі айтылады.

SUMMARY

LONG-TERM CONSEQUENCES OF INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGE OF PERINATAL PERIOD IN CHILDREN

Bulekbaeva SH. A., Baidarbekova A.K.

Intraventricular hemorrhage's problem relevant, because it is one of the leading causes of perinatal pathology and child mortality, and in the future -of children's disability. This article studies the long-term effects transferred intraventricular hemorrhage in perinatal period in children, which proves the importance of this disease and the need for further study.

ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДИАГНОЗОМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА

Аманова А.Д., Сембиева Ф.Т., Сулейменова Р.К., Рахметова Б.Т., Мусина А.А.
АО «Медицинский университет Астана»

В последние годы во всем мире увеличивается количество больных хроническими заболеваниями, в том числе сахарным диабетом. Проблема сахарного диабета на сегодняшний день считается одной из самой актуальной в медицине, так как сахарный диабет является широко распространенным заболеванием, «выявляемость которой достигла до 15% в популяции»[1]. Стремительный рост заболевания сахарным диабетом является глобальной проблемой мирового здравоохранения. В настоящее время насчитывается более 320 миллионов людей с диабетом; к 2025 году их число будет превышать 500 миллионов. Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о ежегодном приросте, который составляет 5-9% от общего числа заболевших, причем каждые 15 лет это число удваивается [2].

Эпидемиологические исследования последних двух десятилетий свидетельствуют об увеличении заболеваемости сахарным диабетом 1 типа среди детей [3]. В детском возрасте сахарный диабет самый распространенный среди эндокринологических заболеваний и дети с инсулинозависимым сахарным диабетом составляют около 5% всех больных диабетом. Частота заболеваемости сахарным диабетом у детей увеличивается, в 2000 году в мире насчитывалось 395 тысяч детей в возрасте от 0 до 14 лет, и ежегодно заболевает 80 тысяч детей. Высокая распространенность сахарного диабета 1 типа и его осложнений у детей подтверждает их принадлежность к самой психологически и социально уязвимой группе. По данным Самойловой Ю.Г. и др.[4] 65% детей и подростков находятся в декомпенсированном состоянии, регулярный самоконтроль проводит 40% больных. Частота сосудистых осложнений у подростков 15-18 лет составляет 85,9%[5]. Высокая частота неадекватного диабетического контроля среди подростков с сахарным диабетом подчеркивает важность дальнейших исследований их психологического профиля для разработки программ вмешательства.

В Казахстане насчитывается 151565 больных диабетом, из них 32835 - инсулинозависимы. Примерно 1700 детей и подростков живут с диагнозом сахарный диабет. Темпы роста заболеваемости среди детей увеличивается из года в год. По данным Агентства статистики официально за 2008 год впервые на учет поставлен 65 подросток и 245 детей, за 2009 год 72 подростков и 223 детей. Последние 5 лет выросло число детей с сахарным диабетом типа 2, который ранее диагностировался только у взрослого населения. По городу Астана «лидируют» мальчики, от 54,7% до 61,5% в группе с диагнозом, впервые установленные, и характерный преимущественный рост наблюдается за период 2007-2009 годы. В группе заболевании сахарным диабетом разного типа значительно преобладает

«ПРИНЦИПЫ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

Ергалиева А.А., эксперт-аудитор
ТОО «Республиканский Центр Сертификации», г. Астана

Здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. С точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения отрасль здравоохранения, представляющая собой единую развитую, социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является одним из основных приоритетов в республике.

Президент Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» от 28 февраля 2007 года подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества емких причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года.

В Послании 2010 года Президент поставил конкретные задачи на ближайшее десятилетие. В том числе Нурсултан Абишевич указал, что «Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье – вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения, и повседневной жизни населения» [1].

Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы предусмотрены меры по законодательному, инвестиционному, структурному, экономическому и кадровому обеспечению выполнения планируемых мероприятий с учетом межведомственного и межсекторального взаимодействия. Предусматривается создание рынка медицинских услуг и конкурентных отношений среди медицинских организаций.

Реализация Программы будет способствовать динамичному развитию системы здравоохранения путем создания условий для перехода к малозатратным

2.	2-4 сентября 2014 г.	ISCoS Annual Scientific Meeting		MECC, Maastricht, The Netherlands
3.	25-26 сентября 2014г.	12-й Международный конгресс «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2014».	Реабилитация	Россия.
4.	10-11 октября 2014г.	Восьмая научно-практическая конференция Юга России «Инновационные технологии восстановительной медицины в реабилитации аутоиммунной аллергии и иммунопатологии»	Аллергология и иммунология. Реабилитация.	Россия.
5.	10-12 октября 2014г.	Dystonia Europe 21 st Annual Conference 2014, Paris.	D-DAYS	Париж. Франция.
6.	14-17 январь, 2015г.	Basic Science and Clinical Aspects of Botulinum and Other Neurotoxins.	TOXINS, 2015	Lisbon, Portugal
7.	14-18 июня, 2015г.	15 th international congress of parkinsons disease and movement disorders	First Announcement	San Diego, CA, USA.
8.	20-23 июня, 2015г.	European Academy of neurology.	First Announcement.	Berlin
9.	5-9 декабря, 2015г.	XXI World Congress on Parkinsons Disease and Related Disorders.	XXI World Congress	Milan, Italy.

инсулинозависимый сахарный диабет, что составило 92,3%.

На физическое развитие детей влияет множество факторов: наследственные, социальные, экологические и другие. Хронические заболевания в периоды бурного роста ребенка оказывают влияние на его физическое развитие. Сахарный диабет затрагивает в целом многие органы и системы, и поэтому влияет на рост и развитие ребенка. Считается, что физическое развитие в значительной степени определяется степенью нормализации обменных процессов за счет лечения и только чрезмерная хроническая декомпенсация способна замедлить темпы роста детей и подростков, больных сахарным диабетом [6]. Проводимые исследования по физическому развитию детей, страдающих СД 1 типа, в 1979-1991 годах выявили значительное отставание в росте и развитии у длительно болеющих детей [7].

К настоящему времени интерес вызывают психологические стороны лечебного процесса, особенности внутренней картины болезни при сахарном диабете 1 типа, взаимосвязь и взаимозависимость ее эмоциональной, когнитивной и мотивационной сторон, зависимость внутренней картины болезни от пола, возраста, тяжести заболевания, уровня социальной адаптации, ее влияние на эффективность управления сахарным диабетом [8]. В работах зарубежных и российских авторов продемонстрирован психологический феномен, при котором пациенты с сахарным диабетом - 1 типа в 27% случаев испытывают тревожно-депрессивные расстройства [9,10,11]. Проблемы в школе, связанные с болезнью, сложности в общении, чувство вины из-за наличия заболевания, разлад внутри семьи, в отношениях с окружающими накладывают негативное влияние на качество жизни. В ряде литератур проводится анализ влияния клинических параметров на образование психологических нарушений у взрослых больных сахарным диабетом [12]. В то же время мало изучены уровни эмоционального состояния детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа разных возрастов и их взаимосвязь со стажем заболевания, наличием осложнений и метаболическим контролем [13]. Дети и подростки с сахарным диабетом 1 типа представляют собой особый контингент больных. Ребенок с впервые выявленным сахарным диабетом требует более пристального внимания врача-педиатра и эндокринолога ввиду его особого психического состояния в этот период. Адекватное восприятие болезни должно пройти определенные психологические этапы: «*потрясение*», «*отреагирование*», «*поиск причины*» и «*осознание*» заболевания. Наиболее дезадаптированными являются дети с впервые выявленным сахарным диабетом 1 типа в возрасте 10-14 лет, так как в периоде пубертата особенно остро воспринимается состояние болезни [14]. Подростки более независимы от своих родителей, и роль родителей в управлении заболеванием становится значительно меньше. Независимость в их поведении в сочетании с характерными проблемами этого возраста может отрицательно влиять на компенсацию диабета, и помощь психолога может стать жизненно необходимой. Поэтому, большую актуальность имеет разработка комплексных программ психосоциальной реабилитации больных сахарным диабетом, направленных на успешное управление своим

заболеванием, и, как следствие, улучшение качества их жизни.

Цели исследования были направлены на выявление особенностей психо-эмоциональной сферы, определение уровня социальной адаптации детей с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы. На базе детского эндокринологического отделения АО «ННЦМД» и АО «РДРЦ» за 6 месяцев были обследованы 41 детей и подростков в возрасте от 4 до 17 лет с диагнозом сахарный диабет 1 типа. Были определены группы по стажу диабета, по наличию осложнений, видам инсулинотерапии и возрастным признакам. Для выявления психологических особенностей больных использовались следующие экспериментально-психологические методики: «Шкала госпитальной тревоги и депрессии» (Beck Depression Inventory), проективные методики «Дом, дерево, человек»- Дж.Бука.

Каждый ответ по тесту Бека оценивался от 0 до 3 баллов, всего 14 вопросов, по 7 вопросов на выявление тревожности и депрессии, в связи с чем максимально возможное число баллов по каждому разделу составляло 21 балл. Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). Сумма баллов по разделам характеризует уровень тревожности и депрессии. Чем больше количество баллов, тем выше показатель состояний. Результат определялся следующим образом: 0-7 баллов - норма, 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия. По результатам клинического и физиолого-биохимического обследования определялась стадия осложнений сахарного диабета 1 типа, степень тяжести заболевания и уровень гликированного гемоглобина. Эти опросники имеют хорошие психометрические свойства и предназначены на широкий возрастной диапазон респондентов. Подростки основной и контрольной группы во время госпитализации кроме базисной терапии, состоящая из коррекции углеводного обмена, получали комплексную психологическую и реабилитационную помощь в виде консультации психолога, посещали занятия игротерапии, трудотерапии, арттерапии, сказкотерапии, музыкотерапии, релаксации в сенсорной комнате, занятия в автодроме. В первые 3 дня госпитализации поступивший ребенок и родитель обследовался психологом на выявление беспокойства родителей и уровня интеллекта по методу Векслера. Психолог составлял психологическую характеристику, где отражались индивидуальные особенности познавательной и личностно-эмоциональной сферы, психофизиологических нюансах и коммуникативных предпочтениях. После предварительного заключения в истории болезни указывались рекомендации и план коррекционной работы. При выписке родителям и ребенку выдавались рекомендации и советы, в истории болезни отражалось психологическое заключение после прохождения комплексной реабилитации.

Отдельную группу составляли дети и подростки, переведенные на помповую инсулинотерапию. Выраженность депрессии и тревоги по опроснику Бека

ПРОХОЖДЕНИЕ КОНФЕРЕНЦИИ И МАСТЕР КЛАССОВ СОТРУДНИКОВ ИЗ АО «РДРЦ» ЗА 6 МЕСЯЦЕВ 2014 ГОД

Ф.И.О.	должность	отдел	Место нахождения	Обучение за 2014 год	Семинары	Конференции, ПК, мастер класс.
Кусаинова К.К. Нигметжанова М. Артыкбаева Н. С.	Начальник отдела Врач Врач	Отдел науки и образования Отделение «Бобек» Отделение «Балбулак»	Турция, г. Стамбул/ тезис	8-12 апреля	8-й Международный конгресс по нейрореабилитации	конференция
Кененбаева Б. С. Алтынбекова А.Т.	Зав. Отделением Зав. отделением	Отделение «Акжол» Отделение «Акжол»	Россия, г. Санкт-Петербург/ статья	июнь 2 дня	Балтийский конгресс	конференция
Макишева Н.Ж.	ведущий специалист	Отдел науки и образования	Астана, АО "Центра медицинских технологий и информационных систем"	16-26 июня	Инновационные технологии в медицинском образовании	семинар
Досова Ш.	диет-сестра	СМП	Парасат, Астана	с 26 мая по 6 июня	Симуляционное обучение в сестринском деле	ПК
Досова Ш.	диет-сестра	СМП	Парасат, Астана	с 26 мая по 6 июня	медсестра по лечению и питанию	ПК
Акшабаева М.	специалист	АУП	Астана, АО "Финансовая академия"		проф. бухгалтер	ПК
Мастер-класс	реабилитация	врачи	проф. Исанова В.А.	4-8 июня	реабилитация пациентов с патологией ЦНС	мастер-класс

ПРЕДСТОЯЩИЕ МЕЖДУНАРОДНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ

№	Дата	Тематика	Направления	Страна
1	27-31 июля 2014г.	A comprehensive review of movement disorders for the clinical practitioner. (Нью-Йорк)	Columbia University College of Physicians & Surgeons 630 West 168 th Street, Unit 39 New York, New York 10032.	США (New York).

НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВЕДЕННЫЕ В АО «РДРЦ» за 6 месяцев 2014 года

№	Дата	Тема	Приглашенные специалисты
1.	1-7 апреля 2014г	Патология речи у детей (Алалия) -семинар	Институт Дефектологии и медицинской технологии, Шевцова Е.Е. Россия, г. Москва.
2.	12-23 июня 2014года	Нейропсихология и патология речи – менторство	Старший преподаватель кафедры специальной педагогики и специальной психологии - Ковалева Г.А. МГГУ им. Шолохова. Россия, Москва.
3.	23-27 июня 2014 года	Аутизм. Диагностика и методы коррекции – мастер класс	психолог – Katja Stres Kaucic, детский психотерапевт – Mojca Breselj-Kobe, медицинский доктор - Masek Jerneja из Словении, Университетский реабилитационный институт СОЧА, г. Любляна.

ОБУЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ СПЕЦИАЛИСТОВ ОБЩЕСТВА ЗА 6 МЕСЯЦЕВ 2014 ГОД

№	Тема обучения	Даты проведения, (организация, город, страна) и др. детали	Количество участников
1.	Эффективное управление медицинскими организациями	г.Токио, Япония, Глобал Конференс	1
2.	Эффективное управление медицинскими организациями	г.Рио-де-Жанейро, Бразилия	1
3	Организационно-методическая работа в здравоохранении	г.Санкт-Петербург, Россия	1
4	«Rehabilitation medicine»	г.Зальцбург, Австрия, с 26января-01февраля 2014г.	1
5	«Schulke&Mayr»	г.Вена, Австрия 03 - 07 февраля 2014г.	1
ВСЕГО:			5

исследовался в этих группах в начале госпитализации и при выписке.

В исследовании были включены дети и подростки от 4 до 15 лет (средний возраст $8,7 \pm 3,4$ лет) с изначально плохим контролем сахарного диабета, включающую высокий уровень HbA1c, частые случаи гипогликемии, наличие феномена «утренней зари», наличие или риск осложнений. За время нахождения на помповой инсулинотерапии у детей и подростков разного возраста в течении 18 месяцев через каждые 3 месяца определялись уровень гликированного гемоглобина, средняя суточная доза инсулина на кг. массы тела. Дети и подростки находились на инсулиновых помпах Medtronic Minimed 722 с инсулиновыми аналогами ультракороткого действия Новорапид (Ново Нордиск).

Проективная методика «Дом, дерево, человек» в виде рисуночного теста предлагалась детям в возрасте от 4 до 7 лет.

Согласно международным рекомендациям, перед началом анкетирования респонденты от 7 лет и старше подписали информированное согласие и были ознакомлены с инструкцией: "Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Не обращайтесь на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение, и в пустой графе слева отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной".

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы STATISTICA 6.0; оценку достоверности различий - по критерию Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты. Проективная методика «Дом, дерево, человек» выявил у 5 (46 %) детей из 15 респондентов в возрасте 4-7 лет чувство недостатка психологической теплоты в семье. У 12 детей (75 %) наблюдается тенденция к замкнутости, отрешенности, «уход в себя», что подтверждалось недостаточной детализацией изображения человека. Каждый четвертый ребенок рисует человека с широко расставленными ногами, заштрихованными волосами, что говорит о неподчинении или игнорировании и незащищенности. Это выражает тревогу, которая связана с воображением или мышлением, сферой конфликтов. Повышенная тревожность, боязнь быть покинутым, скрытая агрессия присутствовала у 9 человек (65 %).

При определении психоэмоционального статуса у детей и подростков больных сахарным диабетом 1 типа в основной и контрольных группах до лечения выявлены явления субклинической тревоги и депрессии, при этом уровень тревожности в основной группе был повышен на 20%.

Анализ количественных показателей теста Бека показал, что в основной группе до и после лечения имеются статистически значимые различия по шкале тревожности ($p < 0,07$). При выписке повторный опрос подтвердил уровни

тревожности в пределах нормы (от 4 до 7 баллов). У подростков 12-17 лет основной группы (с длительностью заболевания до 5 и выше лет) уровень депрессии после лечения статистически не изменялся. Наибольший стаж диабета у подростков формирует у них ложное представление об улучшении качества жизни или удовлетворенности состоянием здоровья при наличии уже имеющихся осложнений.

Тест тревожности у группы детей на помповой терапии и их родителей показал заметное снижение этих уровней особенно у родителей, почти их отсутствие или улучшение общего психоэмоционального состояния. Интервью родителей детей младшего возраста и самих детей, перешедших с многократной инъекции инсулина на систему постоянной подкожной инфузии инсулина, показал что у таких детей отмечалось избавление от иглофобии, ежедневных, частых инъекции, появление большей свободы, естественности, появившуюся в их жизни при совместном снижении уровня родительского страха и беспокойства, тревожности. Во время обучения и наблюдения дети и родители находились в постоянном круглосуточном общении и консультировании с врачом, что способствовало развитию мотиваций и заинтересованности в освоении новой технологии и соответственно овладению новыми, современными знаниями и представлениями о сахарном диабете. Переход на помповую инсулинотерапию затрагивает и семейные отношения, способствует активному вовлечению в освоении данного метода родителей и других членов семьи. Положительный аспект приобрел комплаентность подростков и детей, выраженный в более частых измерениях уровня глюкозы, мониторинговании уровня HbA1c и личном поведении с заметным улучшением. Сами подростки указали на высокую удовлетворенность помповой терапией, соразмерного с выраженным чувством контроля, независимости, гибкости в диете и повседневной активности.

Всеобъемлющая цель МКФ — обеспечить унифицированным стандартным языком и определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. Она вводит определения составляющих здоровья и некоторых, связанных со здоровьем составляющих благополучия (таких как образование и труд).

Обзор составляющих МКФ

Таблица 1. Обзор МКФ

Составляющие	Часть 1: Функционирование и ограничение жизнедеятельности		Часть 2: Контекстовые факторы	
	Функции и структуры организма	Активность и участие	Факторы окружающей среды	Личностные факторы
Домены	Функции организма Структуры Организма	Сферы Жизнедеятельности (задачи, действия)	Внешнее влияние на Функционирование и ограничения жизнедеятельности	Внутреннее влияние на функционирование и ограничения жизнедеятельности

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ ИЗ МИРА РЕАБИЛИТОЛОГИИ

11 июня 2014 года был проведен круглый стол «О мерах по совершенствованию детской реабилитационной помощи детям с ДЦП в Республике Казахстан. Пути реализации» под председательством вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Байжунусова Эрика Абеновича.

ПРОГРАММА

Круглого стола «О мерах по совершенствованию детской реабилитационной помощи детям с ДЦП в Республике Казахстан. Пути реализации» тпод председательством Вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Байжунусова Э.А.

СОДЕРЖАНИЕ	
Вступительное слово:	Вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Байжунусова Эрика Абеновича
Докладчик:	Булекбаева Шолпан Адильжановна, главный внештатный детский реабилитолог МЗ РК Тема: «Анализ состояния реабилитационной помощи детям ДЦП в соответствии со Стандартам организаций оказания реабилитационной помощи населению Республики Казахстана».
Докладчик:	Джаксыбаева Алтыншаш Хайруллаевна, главный внештатный детский невролог МЗ РК. Тема: «Системный подход в организации детской неврологической службы в Республике Казахстан»
Докладчик:	Тальникова Инна Владимировна, УЗ Северо-Казахстанской области,г. Петропавловск, заместитель главного врача по лечебной части детской областной больницы. Тема: «Опыт реабилитационной помощи детям в Северно-Казахстанской области»
Докладчик:	Искакова Бану Дженгисовна, Координатор Корпоративного фонда «Жұлдызай» (г. Астана). Тема: «Медико-социальные проекты для детей с ограниченными возможностями»
Заключительное слово: Вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Байжунусова Эрика Абеновича	
Мастер-класс «Организация работы кинезотерапии и эрготерапии в реабилитации детей с ДЦП»	
Мастер-класс «Использование международных шкал в нейрореабилитации в соответствии со Стандартами»	

лет проводит обучение сотрудников к тактике оказания неотложной помощи ребенку и взрослому пациенту по курсу «Basic Life Support» (BLS). На сегодняшний день обучен 100% медицинский и более 20% немедицинского персонала (технический, административно-управленческий и педагогический). Обучились еще 20% контрактных работников аутсорсинговых компаний (пищеблок, охрана, клининг). Все сотрудники имеют сертификаты об окончании курса BLS, действительные сроком на 2 года. В нашем Центре принимаются на лечение казахстанские и иностранные граждане, и мы просто обязаны позаботиться о безопасности своих пациентов, гостей и посетителей. В мае 2014 года Международные Эксперты JCI высоко оценили работу всего Центра, а также отметили работу по организации «Кода Голубого» в оказании неотложной помощи (BLS, ACLS), как соответствующей международным стандартам.

Таким образом, полученные сотрудниками знания и практические навыки на курсах BLS повышают безопасность пациентов и качество оказания медицинских услуг согласно требованиям стандартов JCI.

РЕЗЮМЕ

ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ И ВЗРОСЛОМУ ПО ПРОГРАММЕ BLS.

Ульмисекова Г.Б.

Сотрудники АО «РДРЦ» в течение 3-х лет обучаются программе BLS-базовой сердечно-легочной реанимации. Знание сотрудниками программы BLS повышают безопасность пациентов и качество оказания медицинских услуг согласно требованиям стандартов JCI.

ТҮЙІНДЕМЕ

ШҰҒЫЛ КӨМЕКТІҢ ОКАЗАНИЕ БАЛА ЖӘНЕ ЕРЕСЕК ПО БАҒДАРЛАМАҒА BLS.

Ульмисекова Г.Б.

АҚ «РБОО» қызметкерлері 3 жылдың аралығында BLS- базалық жүрек-өкпе реанимациясы бойынша оқытылады. Қызметкерлердің алған білімдері BLS програмасы бойынша емделушілердің қауіпсіздігін және медициналық көмек көрсету сапасы JCI стандарттарының талаптарына сай.

SUMMARY

EMERGENCY ASSISTANCE TO THE CHILD AND ADULT PROGRAMME BLS.

Ulmisekova G.B.

Staff of «RCRC» JSC within 3 years is trained in the program of BLS basic cardio and pulmonary reanimation. The knowledge of employees of the BLS program is increased by safety of patients and quality of rendering medical services according to requirements of the JCI standards.

Параметры	Изменение функций организма (физиологическое) Изменение структуры (анатомическое)	Потенциальная способность Выполнение задачи в стандартных условиях. Реализация выполнения задачи в реальной жизненной	Облегчающее или затрудняющее влияние физической, социальной среды, мира отношений и установок	Влияние свойств личности
Позитивный аспект	Функциональная и структурная целостность	Активность Участие	Облегчающие факторы	не применимо
Функционирование				
Негативный аспект	Нарушение	Ограничение активности Ограничение возможности участия	Препятствующие факторы барьеры	не применимо
Ограничение жизнедеятельности				

МКФ обеспечивает многоцелевые подходы к классификации функционирования и ограничений жизнедеятельности как взаимодействующих и развивающихся процессов. Чтобы понять взаимодействия различных компонентов может быть полезна диаграмма, представленная на рисунке 1.



Ниже приведен пример, представляющие применение концепций МКФ в различных ситуациях. Оно призвано помочь пользователям понять предназначение и способы применения основных концепций классификации и ее параметров. В рассматриваемом нами случае заболевания сахарным диабетом у детей в соответствии с концепциями (факторы окружающей среды и личностные факторы) МКФ имеют место нарушения, не приводящие к снижению потенциальной способности, но вызывающие проблемы реализации.

У детей с сахарным диабетом 1 типа при нормальных показателях уровня гликемии, снижения потенциальной способности, связанные с нарушениями, отсутствуют. Но, из-за наличия диабета дети вынуждены ограничивать употребление сахара, и что имеют проблемы реализации в обществе, с друзьями или знакомыми во время совместного приема пищи. Недостаток

соответствующей пищи создает барьер. И, несмотря на отсутствие ограничений потенциальной способности, вовлечение ребенка в жизнь общества в реально окружающей его среде будет снижено, если не предпринять шаги, гарантирующие обеспечение его соответствующими продуктами.

В настоящее время активно обсуждаются возможности применения международной классификации функционирования (далее МКФ) в практическом здравоохранении. Особый интерес МКФ и ее инструменты представляют для реабилитационной практики. Современный реабилитационный процесс должен быть ориентирован на пациента, отвечать принципу проблема–решение и использовать мультидисциплинарный подход на основе учета индивидуальных особенностей.

Таким образом, создается необходимость решения целого спектра психологических проблем: устранение возникающих психопатологических реакций, выработка адекватного отношения к болезни, повышение эффективности терапевтического обучения и мотивации к соблюдению особого образа жизни при сахарном диабете, устранение или смягчение глубинной психологической проблематики, ведущей к поддержанию психосоматических паттернов поведения. Большинство существующих реабилитационных программ при сахарном диабете направлено преимущественно на достижение адекватного гликемического контроля. Как правило, при разработке реабилитационных программ не учитывается личность подростка и его потребности, которые в значительной мере определяют отношение подростков к хроническим соматическим заболеваниям. Несомненно, что программа психологической реабилитации среди подростков с сахарным диабетом должна предусматривать внедрение новых методик, направленных на личность пациентов и помогающих преодолеть незрелые защитные механизмы. Изучение опыта работы диабетологической службы выявил необходимость внедрения психологических аспектов лечения в должностные обязанности сотрудников, а также непрерывность обучения в области психологических навыков и психологического консультирования, установление связей с другими важными службами, такими как служба социальной защиты, психиатрическая, педиатрическая, психосексуальные консультации. Выявленные особенности эмоционального, психологического состояния детей, подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа необходимо учитывать при организации амбулаторной медицинской и психологической помощи данной категории пациентов, которая направлена на успешное управление своим заболеванием и улучшением качества жизни.

Литература:

1. Шарманов Т.Ш. Казахстан в контексте глобальных проблем питания. // Алматы, 2000.- с.52.
2. Самойлова Ю.Г. и соавт. психосоматический статус у детей с ИСЗД и пути его коррекции. //Рос.пед.журнал. – 2003. - №1. – с.22-26.
3. Дедов И.И. Сахарный диабет: развитие технологий в диагностике, лечении и профилактике. // Сахарный диабет. – 2010.- №3.- с.6.
4. Самойлова Ю.Г., Папышева О.В., Мартынова М.И. и соавт. Влияние

УДК: 616-083.98-053.2/.8

ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ И ВЗРОСЛОМУ ПО ПРОГРАММЕ BLS

Ульмисекова Г.Б.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Basic Life Support - базовая сердечно-легочная реанимация (далее – BLS) – это неотложная помощь при внезапной остановке сердца, механической асфиксии ребенку и взрослому пациенту на догоспитальном этапе, в соответствии с международным стандартом Американской Ассоциации Кардиологов, с отработкой техники манипуляций на манекенах. В Европе и США этот стандарт применяется и совершенствуется более 50 лет. Он прост, доступен каждому, достаточен и безопасен для пострадавшего. В жизни или работе каждого человека, могут возникнуть ситуации, когда необходимо оказать неотложную помощь (ДТП, утопление, травмы, анафилактический шок, аллергии, астма и др.). И как это сделать правильно и не навредить пострадавшему? Полученные в ходе занятий сотрудниками знания могут пригодиться как на работе, так и в быту. Как известно – для жизни человека самыми важными являются первые 4-6 минут! И очень важно кто окажется рядом с человеком, нуждающимся в помощи.

Целью данной программы, является освоения наиболее оптимальных и эффективных практических приемов оказания первой неотложной помощи при нарушениях или остановке дыхания, сердечно-сосудистые нарушения, остановке сердца.

Задача курса - получение работниками общетеоретических медицинских знаний и практических навыков оказания первой неотложной помощи в экстремальных ситуациях на месте происшествий без применения лекарств, как самостоятельно, так и под руководством работника с медицинским образованием.

BLS включает в себя:

- I. Непрямой массаж сердца
- II. Искусственную вентиляцию лёгких
- III. Дефибрилляцию с помощью Автоматического внешнего дефибриллятора (АВД).

Сотрудники обучаются алгоритму пошаговых действий при внезапной остановке сердца, а также приёмам устранения механической асфиксии (полной закупорке верхних дыхательных путей) на месте происшествия. Самую частую угрозу для жизни представляет внезапная остановка сердца. Внезапная остановка сердца занимает первое место с большим отрывом от других причин смерти. Во время оказанная помощь при внезапной остановке сердца и дыхания увеличивает шансы потенциальной жертвы остановки сердца с 1% до 20%, а при наличии АВД - до 70%. Сотрудники Центра с пониманием относятся к важности знания и обучения программе BLS, с большим желанием посещают эти занятия. После завершения обучения при условии успешной сдачи теста и практических заданий, слушатель получает сертификат.

Республиканский детский реабилитационный Центр в течении последних 3-х

4. Бабина Л.М. Курортный этап реабилитации больных, оперированных по поводу детского церебрального паралича / Л.М. Бабина, В.Н. Кривобоков // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. — 2002. — № 5. -С. 26-28.
5. Бурыпша, А.Д. Многоканальная электростимуляция у больных детским церебральным параличом / А.Д. Бурыпша, Н.П. Дриневский, С.И. Сухинин // Вопр. курортологии физиотерапии и ЛФК. 1994. -№ 5. С. 25-28.
6. А.Н. Щепетова, Белова, О.Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями.- М., 1998. С. 26-136.
7. С. Пиотровский. Опыт реабилитации больных ДЦП./С. Пиотровский // Врач. 1997. - № 6. - С.18.

РЕЗЮМЕ

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ И ТЕПЛОПРОЦЕДУР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Турарбекова А.Ж.

В данной работе показан ретроспективно анализ работы и эффективность комплекса электростимуляции и тепловых процедур по материалам отделения Кадам РДРЦ за период 2012-2013 годы. В качестве объекта исследования явилось 1205 детей в возрасте от 1 года до 5 лет, страдающих ДЦП, проходивших лечение и адаптацию в данном отделении.

ТҮЙІНДЕМЕ

БАЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛДЫ САЛДАНУҒА ШАЛДЫҚҚАН БАЛАЛАРДЫ ЭЛЕКТРШЫМЫРЛАТУМЕН ЫНТЫЛАНДЫРУ ЖӘНЕ ЖЫЛЫНЫҢ ЕМДЕУ ТӘСІЛДЕРІН ҚҰРАМА ЕМ ШАРАЛАРДА ҚОЛДАНУЫ

Турарбекова А.Ж.

Осы мақалада 2012-2013ж. кезеңінде балалар ми салдану шалдығатын науқастарға Кадам бөлімшесі бойынша жұмысына талдау жасалған және электршымырлатумен ынтыландыру, жылының емдеу тәсілдері тиімділігі көрсетілген. Осы бөлімшесінде шипа алған 1205 науқас бала бір жастан бес жасқа дейін зерттеу нысанына кірді.

SUMMARY

APPLICATION OF THERMOTHERAPY AND ELECTROSTIMULATION IN COMPLEX TREATMENT OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Turarbekova A.Z.

In this paper we show a retrospective analysis of efficacy and complex electrical and thermal procedures for separating materials of Kadam for the period 2012-2013. As the object of the study was 1205 children aged 1 to 5 years, suffering from cerebral palsy, and adaptation treated in our department.

инсулинзависимого сахарного диабета на физическое развитие детей. //Педиатрия. – 1999. - № 2. – с.26-20.

5. Дедов И.И., Кураева Т.Л., Пяттеркова В.А., Щербачева Л.Н. // Сахарный диабет у детей и подростков. Руководство для врачей. – Москва. – 2002.

6. Суркова Е.В., Дробижев М.Ю., Мельников О.Г. и др.,//Проблемы эндокринологии,2003,Anderson R.J., 2002.

7. Дедов И.И. Инсулиновая помпа в лечении сахарного диабета у детей и подростков.// Методические рекомендации. – Москва. – 2008.

8. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Социально-психологические аспекты качества жизни больных сахарным диабетом. // Проблемы эндокринологии. – 2004.

9. Касаткина Э.П., Сичинаева И.Г. Профилактика поздних осложнений сахарного диабета у детей и подростков. Пути оптимизации диспансерной службы. //Сахарный диабет. – 1999. - №1. – с.4-12.

10. Дробижев М.Ю., Арутюнов А.т., Макух Е.А. и др. К проблеме выяснения депрессий, наблюдающихся в общей медицине. Трудный пациент 2007. - с.8.

11. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике. // Рус. Мед. Журн.-2004.- 22- с. 1277-1283

12. Anderson R.M., Funnell M.M. Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. Diabetes Educ.2000; 26:4: 597-604.

13. Голота А.Н., Пузикова О.З., Ткач О.А. Особенности формирования эмоциональной сферы у детей младшего возраста, больных сахарным диабетом. // Актуальные вопросы педиатрии: тезисы докл. – Ростов – на Дону. – 2003. – с.19-20.

14. Савченко Т.Н., Головина Г.М. Субъективное качество жизни: подходы, методы, оценки, прикладные исследования. // Издательство Института Психологии РАН.М. – 2006.- с.20.

15. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. // Материалы ВОЗ. – 2001.

16. Неврологический вестник. // Выпуск – 2009. - №4 – с.22-26.

РЕЗЮМЕ

ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДИАГНОЗОМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА

*Аманова А.Д., Сембиева Ф.Т., Сулейменова Р.К., Рахметова Б.Т., Мусина А.А.
АО «Медицинский университет Астана»*

К настоящему времени интерес вызывают психологические стороны лечебного процесса, особенности внутренней картины болезни при сахарном диабете 1 типа. Выявленные особенности эмоционального, психологического состояния детей, подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа необходимо учитывать при организации амбулаторной медицинской и психологической помощи данной категории пациентов, которая направлена на успешное управление своим заболеванием и улучшением качества жизни.

ТҮЙІНДЕМЕ

1 ТИПТІ ҚАНТ СУСАМЫРЫ ДИАГНОЗЫМЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛДЫ ЖАҒДАЙЫ.

А.Д. Аманова, Ф.Т. Сембиева, Р.К. Сулейменова, Б.Т. Рахметова, А.А. Мусина
«Астана Медициналық университеті» АҚ

Қазіргі таңда 1 типті қант сусамыры ауруындағы ішкі ағзалардың ерекшеліктері, емдеу үрдістерінің психологиялық бағыты қызықтырушылықты тудырады. Балалардың эмоционалды, психологиялық жағдайы, 1 типтік қант сусамыры диагнозымен ауыратын жасөспірімдердің берілген категориядағы науқастарға психологиялық көмек және амбулаторлы медициналық ұйымын ескере отырып, өмір сапасын жақсарту және өз ауруларын ойдағыдай меңгеруге бағыттау

SUMMARY

PSYCHOEMOTIONAL STATE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES.

A. Amanova, F. Sembiyeva, R. Suleimenova, B. Rakhmetova, A. Mussina
“Medical university Astana” JSC

Psychological aspect of treatment process, peculiarities of inner presentation while type 1 diabetes attracts interest at this point. Diagnosed peculiarities of emotional, psychological condition of children, adolescents with 1 type of diabetes are necessary to take into account during outpatient medical and psychological assistance of this type of patients, which is directed on successful diseases management and life quality improvement.

При уменьшении длительности послышки тока и глубины модуляции уменьшается раздражающее действие тока. Увеличение длительности послышки тока и глубины модуляции оказывает более интенсивное стимулирующее воздействие (электростимуляция при процессах денервации периферических невритах).

Результатом электролечения у детей с гемипаретической формой детского церебрального паралича является повышение устойчивости при ходьбе, усиление двигательной функции нижних конечностей, что обуславливает повышение скорости ходьбы.

Применение при детском церебральном параличе общих ванн с теплой водой уменьшает выраженность гиперкинезов и снижает мышечный тонус при спастике. Ведущую роль в развитии движений у детей с церебральным параличом играют лечебная физкультура (ЛФК) и массаж. Это связано с тем, что при ДЦП у детей наблюдаются патологические изменения мышечного тонуса, из-за чего многие статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Для каждого ребенка подбирается индивидуальный комплекс лечебной физкультуры и массажа в зависимости от формы заболевания и возраста.

Детям до 7 лет рекомендуется проводить индивидуальные занятия ЛФК продолжительностью 20 минут, старше 7 лет - мало-групповые занятия продолжительностью 40 минут; № 15 процедур ежедневно. В комплекс ЛФК включать занятия на мяче, батуте, ортопедические укладки. Формирование произвольных движений осуществлять, следуя этапам их постнатального развития.[6,7]

Парафиновые аппликации рекомендуется накладывать вдоль позвоночника на проекцию сегментов верхних и нижних конечностей через день, чередуя с парафиновыми аппликациями на нижние конечности (высокие «сапожки»), температура парафина 48°C, продолжительность процедуры 20 минут, ежедневно, № 10 процедур на курс. Парафиновые аппликации проводить за один час до массажа. Ручной массаж рекомендуется проводить вдоль позвоночника с акцентом на сегменты верхних (С2-Т5) и сегменты нижних конечностей.

Таким образом, для повышения эффективности реабилитации детей-инвалидов с ДЦП необходимо использовать комплексный подход к назначению реабилитации с учётом возраста, формы болезни и показателя реабилитационного потенциала ребенка.

Литература:

1. Галым А.Г., Достаева Б.С., Бердыкенова А.Ж., Усембаева Р.Б., Бестонова Л.Т.. Анализ заболеваемости и профилактика детского церебрального паралича \Галым А.Г., Достаева Б.С., Бердыкенова А.Ж., Усембаева Р.Б., Бестонова Л.Т// Вестник КазНМУ.,-2012г., 28 сентября.
2. Детский церебральный паралич: Хрестоматия /Л.М. Шипицина, И.И. Момайчук М.: Инст. Общ. Гум. Исслед., 2003. – 519 с.
3. Булекбаева Ш.А. Новые подходы в комплексной реабилитационной терапии детей, страдающих детским церебральным параличом./ Педиатрия. 2002. - № 2. - С. 95-98.

моторную функцию пациентов. При анализе работы отделения выявлено следующее: наибольшее количество процедур дети получили в виде электростимуляции (141 детей в 2013 г и 112 в 2012 г соответственно) и тепловых процедур (озокерит и парафин).

Озокерит состоит из смеси твердых углеводов парафинового ряда, минеральных масел, асфальто-смолистых веществ, ряда газообразных углеводов и по внешнему виду напоминает пчелиный воск. Его точки плавления колеблются от 52 до 86 °С. По теплоудерживающей способности озокерит превосходит парафин, что дает возможность более длительного прогревания тканей. Озокерит оказывает тепловое и механическое (компрессионное) действие, но в отличие от первого он оказывает еще и химическое действие за счет содержащихся в нем биологически активных веществ, обладающих ацетилхолиноподобными, эстрогенными и противовоспалительными свойствами. Мышцы и связочный аппарат становятся более растяжимыми и эластичными, а при наложении на воротниковую зону озокерит стимулирует кровообращение в сосудах головного мозга.

При кюветно-аппликационном способе наложения озокерита он остужается до 40-42°С, а при салфетно-аппликационном — до 38-40°С. Продолжительность процедуры — 10-20 мин. Курс лечения включает 10-15 процедур, проводимых через день. Через 30-40 мин после снятия озокерита показана лечебная гимнастика.

При спастических дизартриях озокерит накладывают на артикуляционную зону с захватом жевательных мышц, мышц полости рта и шеи (уровень С1-С5). Включение электростимуляции в комплекс реабилитации больных детским церебральным параличом по литературным данным снижает исходно повышенный тонус в mm. gastrocnemius у 27,4%, увеличивает время удержания равновесия, способствует удлинению шага у 25,8% больных, увеличивает объем движения при пассивном разгибании в голеностопном суставе у 34,8% пациентов.[5]

Электростимуляция повышает эффективность реабилитации до 79,3% в 2013 году по сравнению с 2012 годом (70,9%) у больных с ДЦП, а также способствует освоению новых двигательных навыков у 38,3% больных.

В течение нескольких десятилетий СМТ-терапия является одной из базовых методик электротерапии во всем мире. В своей работе наше отделение использует последнюю модификацию - аппарат "Амплипульс-7", который сохраняя все положительные качества методики дополнил ее возможностями микропроцессорной техники.

Использование СМТ с частотой модуляции 30-50 Гц предназначено для лечения подострых и хронических заболеваний (умеренно выраженный болевой синдром (при отсутствии симпаталгии), дегенеративно-дистрофические процессы, стимуляция пролиферативных процессов, явления гипотрофии).

Частоты 10-20 Гц, оказывающие выраженное раздражающее действие, применяются для стимуляции двигательных и чувствительных тканевых элементов.

УДК: 616.8-009.1

НЕРВ-ЖҮЙКЕ АУРУЛАРЫНДА КЕЗДЕСЕТІН ВЕРТЕБРОГЕНДІ ПАРОКСИЗМАЛЬДЫ АУРУЛАР

Адилова В.З.

АҚ «Республикалық балаларды оңалту орталығы», Астана қаласы.

Пароксизмальды ұстамалар - церебральды генездегі ұстамамен жүретін клиникалық көрінісі бар патологиялық синдром. Бұл аурудың ағамы қысқа уақытта естің жоғалуымен көрінеді. Олар астениялық, психопатия тәрізді пароксизмальды синдромдармен, аффективті, галлюцинаторлы-сандырақтық және паранояльды психоздармен және ақыл кемдігі жағдайларымен көрінеді [1,2]. Алғашқы ұстамалар кезінде сананың күңгірттенуі болады. Аффективті психоздар бас-ми жарақатынан кейін, әртүрлі мерзімнен кейін, жиі 10-20 жылдан соң дамиды [3]. Психоздар әдетте кенеттен, экзогениядан кейін, бастың жеңіл жарақаты, жеңіл инфекциялар және т.б. пайда болады. Психикалық бұзылыстар диэнцефальды бұзылыстармен бірге жүреді [4,5].

Мақсаты: Естің пароксизмальды бұзылыстары даму кезінде мойын омыртқа деңгейіндегі негізгі құрылымдық-функционалдық бұзылыстарын зерттеу.

Материал және зерттеу әдістері: Естің жоғалуымен жүретін ұстамалардың дамуы салдарынан электроэнцефалографиялық зерттеуге (ЭЭГ) 12 пен 17 жас аралығында 17 науқас 2013 жылдың ақпан айынан 2013 жылдың маусым айында зерттеуге алынды. Соның ішінде 76,4% (13 зерттелушіде) 0,5-0,7 секунд аралығында естің жоғалуымен пароксизмальды ұстама болған, 23,5% (4 зерттелушіде) 0,4-0,8 секунд аралығында синкопальды ұстама болған. Ақыл-оймен жұмыс істегендердің (17 зерттелуші) көп бөлігін қыздар - 88,2% (15 зерттелуші) құрады, ұлдар - 17,8% (2 зерттелуші).

Анамнезіне қарай отырып келесі қорытындыны алдық: зерттелушілердің көбі 88,2% (15 зерттелуші) ұзақ уақыт бойы статикалық, аз қозғалысты күйде, көбіне компьютер алдында өткізеді екен. Электроэнцефалографиялық зерттеуден басқа науқастар басқа да клиникалық зерттеулерден өтті (неврологиялық карау, офтальмоскопия, психиатр, психолог, жалпы қан, зәр анализдері, қандағы қант мөлшері, ЭКГ, эхокардиография, зерттеулері жасалынды).

Нәтижелері және талқылау. Неврологиялық статуста 64,7% (11) науқаста ашуланшақтық, шаршағыштықпен бірге жүретін Астено-невротикалық синдром, 35,2% (6) науқаста Вегетотивті-тамырлық дистония, соның ішінде 17,5% (3) науқаста Вегетотивті-тамырлық дистония симпато-адреналдық кризбен бірге жүрді. 76,4% (13) науқаста жеңіл пирамидалық жетіспеушілік түрінде кездесетін «тұрпайы емес» ошақтық симптоматикасы (сіңірлік рефлексстердің жандануы, патологиялық табан белгілері) мен жеңіл мишықтық дисфункциялар (Ромберг позасындағы тұрақсыздық, координацияны тексеру барысында интенционды тремор мен жаңынан тиюі) анықталды. Өз бетімен қайтатын, көбіне ұйқыдан кейін, азанғы уақытта болатын цефалгия болса 58,8% (10) науқаста кездесті. Науқастардың көбінде 88,2% (15 зерттелушіде) мойынның тез шаршағыштығы,

«дискомфорт» сезімі анықталды. Карағанда және пальпация жасағанда өзіндік бұлшықет корсетімінің дұрыс дамымауы және жоғарғы иық және мойын бұлшықеттерінің тоникалық тырысулары байқалды. Бастың магистралды артерияларына жасалған ультрадыбыстық зерттеу арқылы 64,7% (11) зерттелушіде омыртқалық артерийлердің созылмалы спазм белгілері, олардың тура сызықты жолы анықталды. Электроэнцефалография иктальды кезеңінде пароксизмалды эпилептикалық белсенділікке тән феноменологиясы тіркелген жоқ. Көбіне 52,9% (9-зерттеуде) электроэнцефалограммада негізгі ритмнің жеңіл дезорганизациясы тіркелсе, 29,4% (5 жағдайда) гиперсинхронды нұсқасы және 17,6% (3 жағдайда) төмен жиілікте бета-ритмнің болуымен десинхронды электроэнцефалограмма тіркелді. Барлық науқасқа функционалды сынамамен (максималды бұғу және жазу) омыртқаның мойын аймағына жүргізілген спондилография нәтижесінде 70,5% (12) зерттелушіде С3-С4 омыртқалық-қозғалыстық сегмент деңгейінде тұрақсыздық белгілері анықталды 5,8% (1) жағдайда спондилолистез белгілері байқалды.

Сонымен, естің пароксизмалды бұзылыстары алғаш рет анықталған науқастарды зерттеу барысында қосымша мойын бөлігінің рентгенографиялық зерттеу әдісі ретінде максималды бұғу және жазу арқылы, 2 проекцияда бастың магистралды артерияларын ультрадыбысты доплеографияға түсіру қажеттігі айқындалды. Тамырлық өзгерістер (созылмалы омыртқа артерияларының анық спазмы) мен омыртқаның мойын деңгейінде кездесетін қозғалыстық сегменттердің тұрақсыздығы клиникада естің пароксизмалды бұзылыстары түрінде көрінетін вертебро-базиллярлы бассейнінде жіті дисциркуляцияның дамуына жағдай жасайды.

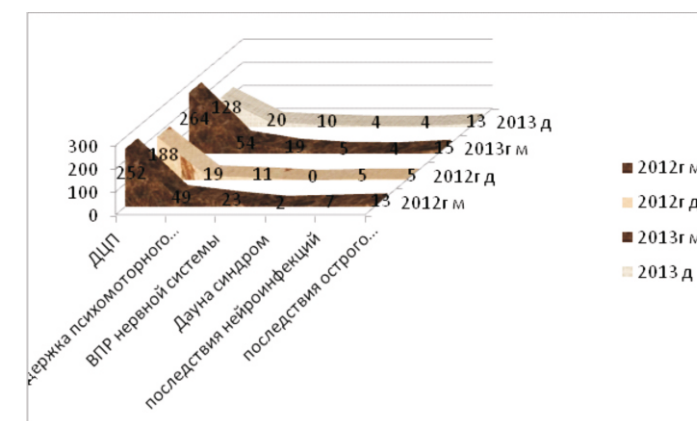
Әдебиеттер:

- 1.Дробижев М.Ю., Арутюнов А.т., Макух Е.А. и др. К проблеме выяснения депрессий, наблюдающихся в общей медицине. Трудный пациент 2007. - с.8.
- 2.Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике. // Рус. Мед. Журн.-2004.- 22- с. 1277-1283
- 3.Голота А.Н., Пузикова О.З., Ткач О.А. Особенности формирования эмоциональной сферы у детей младшего возраста, больных сахарным диабетом. // Актуальные вопросы педиатрии: тезисы докл. – Ростов – на Дону. – 2003. – с.19-20.
- 4.Иваничев Г.А. Сенсорное и рефлекторное взаимодействие в механизмах акупунктуры.– Казань: Изд-во «Матбугат йорты», 1999.– 144 с.
- 5.Решетняк В.К., Кукушкин М.Л. Боль: физиологические и патофизиологические аспекты. В кн.: Актуальные проблемы патофизиологии. Избранные лекции (Под ред. Б.Б. Мороза) М.: Медицина, 2001.– с. 354–389.

Применяемые методы физиотерапевтического воздействия прекрасно сочетаются с ЛФК и массажем. Хорошо зарекомендовали себя при ДЦП электростимуляция нервов и мышц, лекарственный электрофорез, грязелечение, тепловые процедуры и водолечение. В структуре заболеваемости детей с ограниченными физическими возможностями получивших лечение в физиотерапевтическом отделении за период 2012-2013 года наибольший процент составляют дети с детским церебральным параличом по отделению «Кадам».

За данный период времени через отделение прошло 1205 детей: в 2013 году - 638 , а в 2012 году - 567детей. В процентном соотношении в 2012 году дети с патологией ДЦП составили 77,6% от всех детей с нарушением нервно-физического развития. В 2013 году данный контингент составил 61.44%, что на 16.16% ниже по сравнению с предыдущим годом (рис.1). Остальная нозологическая структура выглядит следующим образом: врожденные пороки развития нервной системы - 5.3% (микроцефалии, гидроцефалии, кисты, симптоматическая эпилепсия, пороки развития позвоночника, спинно-мозговая грыжа, синдром Денди-Уокера, Клиппеля-Фейля), последствия острого расстройства мозгового кровообращения(2.8%), последствия нейроинфекции (1.88%), задержка психомоторного развития (10.6%), детский аутизм, травмы головного мозга, спинальная атрофия Верника-Гоффмана, гистиоцитоз Лангерганса и т.д.

Рис.1. Нозологическая структура детей с ограниченными возможностями прошедших реабилитацию в отделении Кадам (2012-2013гг).



При дифференцировании по половому признаку вследствие детского церебрального паралича преобладают мальчики, их количество составляет в среднем 58,9%. девочки - 39,8%. Спастическая диплегия составляет 50,3%, гемипаретическая форма составляет 32.8%, наиболее реже встречаются атонически-астатическая форма - 8.9% и гиперкинетическая форма - 5,3%.

В силу двигательных нарушений у детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Двигательные нарушения, в свою очередь, оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи. Ниже рассмотрим эффект влияния различных физиопроцедур на двигательную и

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ И ТЕПЛОПРОЦЕДУР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Турарбекова А.Ж.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Актуальность. По данным Национального генетического Регистра Республики Казахстан ежегодно в Казахстане рождается от 2000 до 3500 детей с врожденной и наследственной патологией, что составляет 20,0-24,3 на 1000 новорожденных. В Казахстане, по данным статистики, на учете состоит более 44 тысяч детей-инвалидов, из них свыше 10 тысяч детей с диагнозом детский церебральный паралич (ДЦП). Для сравнения: данные по Российской Федерации - 2,9 (от 30% до 70%). Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) называют цифру: 150 миллионов детей, т.е. около 10% от всего населения земного шара. ДЦП является одним из самых тяжелых заболеваний у детей и требует постоянных реабилитационных методов коррекции движения, психолого-педагогической и социальной помощи. Поражение головного мозга при церебральных параличах сопровождается различными нарушениями функций ЦНС [1]. При ДЦП, наряду с характерными двигательными нарушениями, отмечаются нарушения развития высших мозговых функций, патология органов чувств, симптоматическая эпилепсия. Подобный симптомокомплекс ведет к затруднению проведения комплексной реабилитации и социальной адаптации данного контингента больных в общество[2].

Мультифакториальность причинного фактора и сложность патогенеза затрудняет профилактику болезни и эффективность ее лечения. Увеличивается количество детей и подростков с резидуальной стадией ДЦП, у которых к 3-5 годам жизни сформировались патологический двигательный стереотип, контрактуры в суставах верхних и нижних конечностей, что резко снижает возможности их социальной адаптации[3]. Для больных с резидуальной стадией ДЦП действенных методов реабилитации до настоящего времени предложено недостаточно, поэтому обоснован поиск новых эффективных методов восстановления нарушенных функций [4].

Цель исследования: изучение влияния электростимуляции и тепловых процедур на развитие двигательных способностей детей с ДЦП.

Материалы и методы: в данной работе показан ретроспективно анализ работы и эффективность комплекса физиотерапевтических процедур по материалам за период 2012-2013 годы. В качестве объекта исследования явилось 1205 детей в возрасте от 1 года до 5 лет, страдающих ДЦП, проходивших лечение и адаптацию.

Результаты и обсуждение.

За последние годы качество медицинского обслуживания больных с ДЦП в нашей стране значительно улучшилось, особенно в части методик реабилитации.

ТҮЙІНДЕМЕ

НЕРВ-ЖҮЙКЕ АУРУЛАРЫНДА КЕЗДЕСЕТІН ВЕРТЕБРОГЕНДІ ПАРОКСИЗМАЛЬДЫ АУРУЛАР

Адилова В.З.

Естің жоғалуымен жүретін ұстамалардың дамуы салдарынан электроэнцефалографиялық зерттеуге 12 пен 17 жас аралығында 17 науқас 2013 жылдың ақпан айынан 2013 жылдың маусым айында зерттеуге алынды. Соның ішінде 76,4% естің жоғалуымен пароксизмальды ұстама болған, 23,5% синкопальды ұстама болған. Естің алғашқы пароксизмалды бұзылыстары кезінде бастың магистралды артерияларын ультрадыбысты зерттеумен доплеографияға түсіру қажеттілігі анықталды.

РЕЗЮМЕ

ВЕРТЕБРАЛЬНО-ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ПРИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Адилова В.З.

Электроэнцефалография была проведена у 17 больных в возрасте с 12 лет по 17 лет с февраля по июнь месяцы 2013 года для выяснения приступов развития потери сознания. Из них пароксизмальные приступы потери сознания составляют 76,4%, синкопальные приступы потери сознания составляют 23,5%. При первых признаках пароксизмальной потери сознания необходимо провести ультразвуковое исследование магистральных сосудов головного мозга и доплеографию.

SUMMARY

NERVE-ZHYYKE AURULARYND A KEZDESETIN VERTEBROGENDI PAROKSIZMALDY AURULAR

Adilova V.Z.

Electroencephalography was performed in 17 patients aged from 12 years to 17 years from February to June 2013 to determine the development of seizures loss of consciousness. Of these paroxysmal attacks of loss of consciousness constitute 76.4%, syncopal episodes of loss of consciousness was 23.5%. At the first sign of paroxysmal loss of consciousness necessary to conduct ultrasound main vessels of the brain and dopleografiyu.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОИЗВОДСТВА И СНАБЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ТЕХНИЧЕСКИМИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ В БОЛГАРИИ

Дюкенджиев Е.П.

Лаборатория атипичного протезирования
Лиенаяс 3, Рига 1002, Латвия, bionika@zb.lv

ВВЕДЕНИЕ. С вступлением Болгарии в Европейский Союз, уже много лет в стране реализуется индивидуальный принцип изготовления технических вспомогательных средств – специалист отвечает за весь процесс: от приёма, обследования, технического вспомогательного средства, изготовления, примерки и обучения пользованию до гарантийного обслуживания и ремонта. Все ортопедические предприятия работают по современным технологиям, используя сертифицированного качества материалы, части, полуфабрикаты.

Основные требования для открытия и функционирования ортопедических предприятий.

Они основываются на Законе о медицине, Законе о медицинских товарах, Правил агентства для людей с инвалидностью, Законе о строительстве (в части о медицинских учреждениях) и переходных правил Кабинета Министров.

Окружающая среда и доступность предприятия

1.1. Учитываются транспортные коммуникации – шоссе, дороги, авиакommunikации, трамвай/троллейбус, железные дороги, близость к центру города.

1.2. Приёмное отделение должно находиться на первом этаже или обеспечивается грузовой лифт в других случаях.

1.3. Необходим автостоянка на несколько машин.

1.4. Отдалённость от жилых зданий или низкий уровень производственного шума.

1.5. Информационно-рекламные вывески и надписи.

Городские коммунальные сети

2.1. Трёхфазное питание.

2.2. Водоснабжение.

2.3. Канализация.

2.4. Информационные сети – Интернет, мобильная и стационарная телефонная связь, факс.

Строительные особенности

3.1. Исполнение законодательных требований к строительству медицинских учреждений.

3.2. Обеспечение противопожарной безопасности.

3.3. Исполнение норм санэпидстанции.

3.4. Соблюдение норм охраны труда и здоровья.

3.5. Надзор за строительством до получения акта № 16.

пациенттердің жалпы санынан қосалқы эндокриндік патологиямен ауыратын балалар саны 80% құрайды. Дауна ауруы кезінде эндокриндік патология саны ұлғаюда, бұл РБОО АҚ-ға оңалту курсына келуші пациенттердің Дауна ауруымен ауыратындардың санының ұлғаюына байланысты, сонымен қатар, осы пациенттерге эндокринологтың консультациясы, диагностикалық мүмкіндіктер кеңеюде (гормондық статусты зерттеу (ИХЛ, ИФА), метаболизмді биохимиялық зерттеу (УДЗ, рентген, ЭКГ), қосымша мамандардың консультациясы – окулист, невролог, нейрохирург, уролог және т.б. керектігі байқалады.

SUMMARY

FREQUENCY OF ENDOCRINE PATHOLOGY IN CHILDREN WITH DOWN SYNDROME.

Tugayeva Zh.A., Kucherbayeva Z.T.

In this article there are researches of frequency cases of endocrine diseases at 70 children with a Down syndrome. As a result of research, the number of children with accompanying endocrine pathology, is made by 80% of total number of surveyed patients. The tendency to increase in number of endocrine pathology is noted at a Down syndrome that is connected with increase in number of patients with the Down syndrome, arriving on a rehabilitation course in JSC RCRS, and also increase in number of consultations of the endocrinologist of these patients, expansion of diagnostic opportunities (research of the hormonal status (IHL, IFA), biochemical research of a metabolism, tool methods of inspection (ultrasonography, a X-ray, an electrocardiogram), consultations of narrow experts - the oculist, the neurologist, the neurosurgeon, the urologist etc).

количества пациентов с болезнью Дауна, поступающих на курс реабилитации в АО РДРЦ, а также увеличением количества консультаций эндокринолога данных пациентов, расширением диагностических возможностей (исследование гормонального статуса (ИХЛ, ИФА), биохимическое исследование метаболизма, инструментальные методы обследования (УЗИ, рентген, ЭКГ), консультации узких специалистов – окулиста, невролога, нейрохирурга, уролога и т.д).

Литература:

- 1.«Детская неврология». Клинические рекомендации/ Специальное издательство медицинских книг / Гузева В.И., Артемьева С.Б., Батышева Т.Т. и др. ; Под. ред. В.И. Гузевой., 2014.
- 2.«Неврология». Национальное руководство./ГЭОТАР-Медиа/ под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт., 2014.
- 3.«Геномные и хромосомные болезни центральной нервной системы: молекулярные и цитогенетические аспекты»./ Мед. практика. Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., 2014.
- 4.«Синдром Дауна». ТРИАДА-Х под ред. Ю.И. Барашнева, 2007.

РЕЗЮМЕ.

ЧАСТОТА ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ДАУНА

Тугаева Ж.А., Кучербаева З.Т.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

В статье изложены исследования частоты случаев эндокринных заболеваний у 70 детей с болезнью Дауна. В результате исследования число детей с сопутствующей эндокринной патологией, составляют 80% от общего числа обследуемых пациентов. Отмечается тенденция к увеличению числа эндокринной патологии при болезни Дауна, что связано с увеличением количества пациентов с болезнью Дауна, поступающих на курс реабилитации в АО РДРЦ, а также увеличением количества консультаций эндокринолога данных пациентов, расширением диагностических возможностей (исследование гормонального статуса (ИХЛ, ИФА), биохимическое исследование метаболизма, инструментальные методы обследования (УЗИ, рентген, ЭКГ), консультации узких специалистов – окулиста, невролога, нейрохирурга, уролога и т.д).

ТҮЙІНДЕМЕ

ДАУНА АУРУЫМЕН АУЫРАТЫН ЭНДОКРИНДІК АУРУДЫҢ ЖІІ КЕЗДЕСЕТІН ЗЕРТТЕУЛЕР

Ж.А Тугаева, З.Т. Кучербаева

Мақалада Дауна ауруымен ауыратын 70 балада эндокриндік аурудың жиі кездесетіні зерттеліп баяндалған. Зерттеу нәтижесінде тексерілетін

Медицинские требования

- 4.1. Управляющий фирмы должен быть врач-ортопед или функциональный специалист в ортопедно-технической области (сертифицированный).
- 4.2. Достаточная мощность освещения и шторы.
- 4.3. Медикаменты и приборы оказания скорой не инвазивной помощи.
- 4.4. Наличие пандуса с парапетом на входе в предприятие.
- 4.5. Наличие инвалидной коляски, костылей и др.
- 4.6. Архив для конфиденциальной документации.
- 4.7. Участок, для обучения пациентов пользованию ТВС.
- 4.8. Наличие зала ожидания, регистратуры, кабинета для приёма пациентов, туалета для пациентов, гипсовочно-модельного, швейного участков, сборочной, механической, складского помещения, туалета для персонала.
- 4.9. Специфическое для ортопедической отрасли оборудование, машины, приборы, инструменты, материалы.

Персонал ортопедического предприятия.

Кроме общего персонала, необходимы сертифицированные специалисты – техник по ортопедической технике (код профессии 725030), биомеханик, протезисты/ортезисты.

Мировые стандарты утверждают условную норму количества протезистов – один на 800 – 1000 инвалидов. Сегодня в Болгарии проживают немногим более 7 млн. человек. Статистика указывает, что количество инвалидов с ортопедическими отклонениями составляет около 420 000 человек.

Как обстоят дела в Болгарии с дипломированными специалистами? Трагично. За исключением ЕООД “Лаборатории Атипичного Протезирования” нет специалистов со средним и высшим образованием по протезированию, а нужны не менее 80 – 100 сразу. Вопрос в том, какой ВУЗ отреагирует на эту острую проблему и организует обучение биоников – протезистов.

Как решается этот вопрос на данном этапе?

- (1)Обучение по месту работы.
- (2)Одноразовые тематические квалификационные курсы в зарубежных фирмах – поставщиках материалов
- (3)Существует квалификационный 6-месячный курс по ортопедической технике в немецко-болгарском профессиональном центре в городе Стара Загора.
- (4)Использование иностранных специалистов на вахтовом режиме.

Базовым документом для приобретения квалификации “Техник по ортопедической технике” является постановление Болгарского Министерства образования, молодёжи и спорта №14 от 05.05.2010 года.

Ортопедические предприятия в Болгарии

- Иностранные общества с ограниченной ответственностью (ООО) – “ОТТО БОК София”, - типичное протезирование/ортезирование, дистрибьюторство и торговля ТВС.

- Смешанные

(1)ООО “Национальный центр протезирования и реабилитации Горна Баня”, София. Совместное содружество с GmBh Streifender, Германия, Emmering.

(1) Одноличное ООО “Лаборатория атипичного протезирования”, Горна Оряховица и SIA “Atipiskās protezēšanas laboratorija”, Рига, Латвия. Типичное протезирование по технологии “Otto Bock”, атипичное и сложное протезирование и ортезирование по авторским методикам.

- Местные

(2) ООО “ВИП Плюс. Медико-техническая лаборатория”, София. Типичное протезирование по технологии “Otto Bock”.

(3) ООО “Алфа реха медико - BG”. София. Типичное протезирование и модульное ортезирование.

(4) ООО “Центр протезирования Токуда”. София. Типичное протезирование и ортезирование.

Перспективы развития

Территориальное расширение услуг

Пять из вышеуказанных фирм расположены в столице Болгарии Софии (Рис.1).



Рис.1. Карта Болгарии

ООО “Национальный центр протезирования и реабилитации Горна Баня” открыл в нескольких регионах Болгарии мастерские с одним мастером для техобслуживания и ремонта технических вспомогательных средств. В процессе запуска находятся два локальных реабилитационных центра в городах Варна и Бургас, где планируется проводить реабилитацию детского церебрального паралича современными техническими средствами.

Только одноличное ООО “Лаборатория атипичного протезирования”, базируется в географическом центре страны в городе Горна Оряховица (Рис.2).



Рис.2. “Лаборатория атипичного протезирования” г. Горна Оряховица, ул.Черни Връх 2

возможно преждевременное приостановление роста костных эпифизов. Поэтому необходимо назначить и гормон роста, а в некоторых случаях и препараты коры надпочечников.

В связи с этим рекомендуется обследовать ребенка с синдромом Дауна на гипотиреоз в родильном доме (как всех детей), в 1 год и далее ежегодно, а также при появлении любой подозрительной симптоматики. Применяется при ожирении у детей с болезнью Дауна диетический стол № 8, ЛФК, плавание, занятия со специалистами (логопедом, дефектологом, игротерапия, трудотерапия, Монтессори педагогика).

При гипотиреозе назначается заместительная гормональная терапия препаратом левотироксина в комплексе с другими реабилитационными мероприятиями (кинезотерапия, физиотерапия, коррекционная педагогика), при ожирении – диетотерапия (стол № 8), кинезотерапия, при эутиреоидных зобах – препараты йода с целью восполнения йододефицита и нормализации размеров щитовидной железы. При низкорослости после рентгенографии кистей (определение костного возраста) ребенок при необходимости направляется на дообследование в условиях эндокринологического стационара с целью исключения соматотропной недостаточности посредством стимуляционных проб. При выявленном гипогонадизме назначается заместительная гормональная терапия препаратами хорионического гонадотропина или тестостерона, а также ребенок консультируется урологом.

Если ребенка с врожденным гипотиреозом не лечить, шансы достичь относительно высокого уровня развития психики уменьшаются с каждым днем. При тяжелом врожденном гипотиреозе лечение, начатое после 3 месяцев, не способно вернуть утраченные возможности. При отсутствии лечения и приобретенные формы заболевания ведут к снижению интеллекта и серьезным нарушениям со стороны внутренних органов. Лечение заключается в замене гормона щитовидной железы синтетическим L-тироксинам. Для определения реакции щитовидной железы на синтетический тироксин необходимо сделать ряд анализов крови, чтобы определить дозу введения тироксина. Лечение при врожденном гипотиреозе проводится на протяжении всей жизни, при приобретенном – сроки могут быть различны. Доза препарата подбирается индивидуально. Нужно отметить, что если родители привыкли видеть своего ребенка спокойным, уравновешенным, каким является ребенок, страдающий гипотиреозом, то при замене гормонов может показаться, что ребенок вдруг стал гиперактивным. На самом деле ребенок возвращается к своему нормальному состоянию, тем не менее доза препарата иногда требует коррекции, если появляются симптомы повышения функции щитовидной железы.

Таким образом, за отчетный период (2013г и 5 месяцев 2014г) эндокринологом осмотрено 70 детей с болезнью Дауна, из них 56 имеют сопутствующую эндокринную патологию, что составляет 80%, и 14 детей эндокринологически здоровых, что составляет 20%. Отмечается тенденция к увеличению числа эндокринной патологии при болезни Дауна, что связано с увеличением

БЕТ НЕРВІСІНІҢ ЗАҚЫМДАЛУЫНДА БИОЛОГИЯЛЫҚ КЕРІ БАЙЛАНЫС ӘДІСІН ҚОЛДАНҒАН БАЛАЛАРДЫҢ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫНЫҢ НӘТИЖЕСІ

Жакежанова Ж.Р., Тұрсынбекова Ж.Б., Каладинова Т.И.

АҚ «Республикалық балаларды оңалту орталығы», Астана қаласы.

Бет нервсінің нейропатиясы жиі кездесетін сырқат болып табылады. Статистикалық мәліметтерге жүгінетін болсақ 100мың халыққа шаққанда 25 адамда кездеседі. Бет нервсінің салдануынан кейін толық қалпына келу 55% жағдайда болады, жартылай қалпына келу 40% құрайды, 5% емделмейді. Жартылай салдану кезінде бет бұлшықет қызметінің қалпына келуі 85% науқастарда байқалады. 10% жағдайда қайта қайталануы мүмкін. Бұл сырқат балалар мен жасөспірімдерде кездеседі. [1,2]. Бет нервсінің зақымдалуы мимикалық бұлшықеттердің қызметінің бұзылуына алып келеді. Бұл жағдай өз кезегінде зақымдалған жақтан мұрын-ерін қыртысының жазылуына, ерін бұрышының жазылуына, көздің толық жабылмауына алып келеді. Түр әлпетінің бұзылуы баланың өз-өзіне сенімділігін және өмір сүру сапасы төмендейді [3,4].

Бала өмірінде – компьютер: ойын арқылы, қызуғышылық арқылы қызықты сабақ ретінде қабылданады. БКБ - қимыл-қозғалыс әдісі электрофизиологиялық сигналдар көру және дыбыстық кері байланыс арқылы ағзадағы функциональді жүйенің бұзылысын реттейді. Бұлшықеттердің қызметін үздіксіз бақылау және эмоциялық маңызды параметрлер арқылы келесі қызметтерді басқару: жарық, дыбыс дабылдарын өзгерту, компьютерлік ойынды басқару нәтижесінде биологиялық кері байланыс компьютерлік технология қозғалыс бұзылыстарын түзеу мен алдын-алуда кең таралған [5]. Қазіргі кезде биологиялық кері байланыс - жасанды кері байланыс каналдары: акустикалық, визуальды немесе тактильді сезімдер, арқылы оған саналы бақылауды үйретуге және осы қызметтерді бақылау мақсатында сол немесе өзге физиологиялық қызметтің ағымды жағдайы туралы ақпарат берілуін айтады [6].

Әдістің тарихы. БКБ әдісін жасауда негіз болып физиологиялық үдерістің реттеу және патологиялық үдерістің даму механизмдерінің іргелі зерттеулері, сонымен қатар сау және ауру адамның миының бейімделген жүйесін онтайлы белсендендіру тәсілдерінің қолданбалы зерттеулер нәтижелері себеп болды. Осыған орай шартты рефлекс теориясының авторлары орыстардың ұлы физиологтары И.М. Сеченов пен И.П. Павловты еске алу керек. XX ғасырда И.М. Сеченов пен И.П. Павловтың зерттеулерінің идеялық жалғастырушылары К.М. Быков (кортико-висцеральды байланыс теориясы), П.К. Анохин (атқарымдық жүйе теориясы) болды.



ЧАСТОТА ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ДАУНА

Тугаева Ж.А., Кучербаева З.Т.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Болезнь Дауна - заболевание, обусловленное хромосомной абберацией 21-й пары хромосом, проявляющееся рядом физических недостатков, нередко слабоумием и резким снижением резистентности к инфекционным заболеваниям. Частота болезни Дауна среди родившихся детей - 0,15 %. Болезнь описана в 1866 г. Down. Причиной могут быть рождение детей с синдромом Дауна у матерей пожилого возраста, у молодых матерей носителей такой же транслокации, хромосомную абберацию предыдущих поколений. [1,4]. Могут влиять также ряд мутагенных факторов - ионизирующая радиация, химическое и термическое воздействие, глубокие психические травмы и голодание матери, пониженный или крайне низкий основной обмен, дисфункция щитовидной железы, гипофункция, прерывание лечения препаратами щитовидной железы. В основе заболевания лежит полигландулярная недостаточность, т. е. нарушение функции нескольких эндокринных желез (щитовидной железы, гипофиза и др.), резкое отставание в развитии центральной нервной системы. [2,3].

Материалы и методы исследования: В исследование включены 70 детей с болезнью Дауна, которые осмотрены детским эндокринологом, из них 56 имеют сопутствующую эндокринную патологию, что составляет 80%, и 14 детей эндокринологом здоровых, что составляет 20%. Дети с синдромом Дауна имеют черты, сходные с гипотиреозом, многие с нормальной функцией щитовидной железы, не требующие назначения терапии. От 0,7 до 0,1% детей с синдромом Дауна с врожденным гипотиреозом, по сравнению с 0,015–0,02% во всей популяции.

Статистические данные по эндокринной патологии у детей с болезнью Дауна в АО РДРЦ за 2013г и 5 месяцев 2014г.

	2013г	за 5 месяцев 2014г	Всего	Процент, %
Осмотрено детей с болезнью Дауна	42	28	70	100
Выявлено эндокринной патологии	36	20	56	80
Эндокринологом здоровы	6	8	14	20

Из эндокринных нозологических форм на первом месте – первичный гипотиреоз 19 случаев, что составляет 34% от общего числа эндокринной патологии у детей с болезнью Дауна, на втором – экзогенно-конституциональное

ТҮЙІНДЕМЕ

БАЛАЛАРДЫҢ КЕКЕШТІГІН ЕМДЕУДЕГІ БИОЛОГИЯЛЫҚ КЕРІ БАЙЛАНЫС ӘДІСІ

Таджибаева М.А

Осы тарауда балалардың кекештігін емдеу биологиялық кері байланыс (БКБ) әдісімен негізделген, ол өз еркімен сөйлеу қабілетін тұрақты түрде жақсарту мен түзетуі керек.

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF BIOFEEDBACK STUTTERING IN COMPLEX THERAPY IN CHILDREN.

Tajibayeva M.A.

The article is devoted to the consideration of children stuttering problem based on a biological feedback which forms the stable skills of independent regulation of speech aimed to its correction.

Әдісті белсенді зерттеу XX ғасырдың 50-ші жылдардың соңынан басталды. Ресейде БКБ әдісін жасап шығару алдыңғылары Ресей Академиясының Медицина Ғылымдары (Санкт-Петербург) тәжірибелі медицина Институтының ғалымдары болып табылады, ол жерде 30 жылдан аса осы бағытта жүйелік зерттеулер жүргізіледі.

XX ғасырдың ортасынан бастап әртүрлі параметрлерді (пульсті толқын, бұлшықет күші, артериялық қысым) өзгерту негізіндегі организммен биологиялық кері байланыс орнатылған әдістерді өңдеп және қолдана бастады.

Әдіс көптеген клиникаларға енгізілген және оңалту кешенінің аясында қолданылады.

«БКБ – тірек-қимыл» бағдарлама жиыны екі бағдарламадан тұрады: «МИО» және «Cardio», олар қозғалыс қызметінің бұзылысы бар балалармен дербес түзету жұмыстары үшін арналған.

«МИО 2.2С» компьютерлік бағдарламасы жалпақтабан, сымбаттың бұзылысы, жамбас буынының бұзылысы, білезік буынының бұзылысы және т.б. сияқты тірек-қимыл аппараты қызметінің бұзылысын түзеуге және алдын алуға арналған.

Бағдарлама электромиограммамен биологиялық кері байланыс әдісімен жүзеге асады.

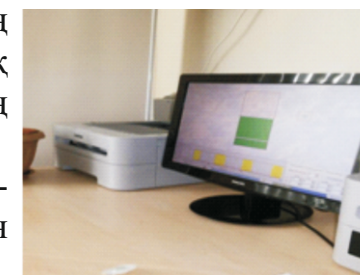
Электромиограммамен биологиялық кері байланыс әдісі келесі арнайы мәселелерді шешуге қолайлы болып табылады:

1. Бұлшықеттік сезімталдықты қалпына келтіру және нығайту.
2. Бұлшықеттің жиырылу қабілетін жоғарылату.
3. Қозғалыс дағдысын қалыптастыру:
 - алақан мен табан әрекеттік қызметін;
 - дұрыс сымбатты қалыптастыру.

Жұмыстың мақсаты. Балалардағы бет нервісінің зақымдалуы салдарын оңалту барысында биологиялық кері байланыс (тірек қимыл) әдісін қолдана отырып емнің нәтижелігін жоғарлату мүмкіндігін анықтау.

Материалдар мен әдістер. Республикалық балаларды оңалту орталығында емделу барысында зерттелген 2 топтағы науқастардың оңалту нәтижесі сарапталды. Негізгі топты оңалтуда кешенді ем биологиялық кері байланыс әдісімен бірге жүргізілген балалар құрады (7 бала, 6 жастан 16 жас аралығындағы). Бақылау топтағы балаларға (7 бала 4 жастан 12 жас аралығындағы) кешенді ем (физиоом, арнайы жаттығулар, логомассаж) тек биологиялық кері байланыс әдісін ғана қолданбай жүргізілді.

Сараптама балалардағы сырқаттың негізгі клиникалық белгіліріне сүйеніп жүргізілді. Сараптама келесі нәтиже берді: биологиялық кері байланыс қолдана отырып емдеген балаларда клиникалық белгілердің азаюы бақылау топпен салыстырғанда айқын болды.



БКБ – рәсімінің негізінде нақты уақыт тәртібінде арнайы физиологиялық көрсеткіштерді үздіксіз бақылап және оларды алдын ала таңдалған аймақты мультимедиялық, ойындық және басқа да тәсілдермен саналы түрде басқару болып табылады. Басқаша сөзбен айтқанда, БКБ-интерфейс адамға өзінің ішкі үдерісін айқындататын «физиологиялық айнасын» көрсетеді.

Клиникалық белгілердің өзгерісі төмендегі кестеде көрсетілген		
Клиникалық белгілер	Негізгі топ (БКБ әдісі қолданылған балалар)	Бақылау топ
Беттің ассиметриясы	3 жағдайда азайды	2 жағдайда азайды
Зақымданған жақта мұрын қыртысының жазылуы	2 жағдайда азайды	өзгеріссіз
Зақымданған жақта көздің толық жабылмауы	өзгеріссіз	өзгеріссіз
Ауызға зақымданған жақта ауа ала алмау «Симптом Паруса»	4 жағдайда азайды	2 жағдайда азайды

Қорытынды: қорытындылай келе БКБ-тірек-қимылдық әдісін қолданған балаларда клиникалық белгілердің жақсаруы бақылау топпен салыстырғанда айқын болды. Балаларға БКБ- тірек-қимылдық әдісін қолдану, балалардың қызығушылығын жоғарлату арқылы емге деген ынтасын арттырды (қысқа мультипликациялық роликтерді, ойындарды қолдану арқылы). БКБ- тірек-қимылдық әдісін кешенді еммен қолдану, бет нервісінің зақымдалуының емдеу нәтижесін жоғарылатады.



Қолданылған әдебиеттер:

1. Заюнчковский О. С. Развивающие возможности биологической обратной связи в различной образовательной среде. // Вестник университета (Государственный университет управления). М.: ГУУ, № 30, 2010.
2. Заюнчковский О. С. Возможности биологической обратной связи в коррекционно-развивающем обучении младших школьников с разными типами онтогенеза // Материалы IV Международного Конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Киров, 2009, с. 193—194.
3. Королев А. Д. Динамика угасания фобических реакций в ходе тренингов с обратной связью. // «Прикладная психология как ресурс социально-экономического развития России в условиях преодоления глобального кризиса: материалы II межрегиональной научно-практической конференции 11-13 ноября 2010 года», Москва, 2010, книга 3, с. 108—110.
4. Zaiunchkovsky O., Khromov A. Biofeedback in Self-Regulation Development of Children with Different Ontogenesis Types //XIV European Conference on Developmental Psychology, Vilnius Lithuania, 2009.
5. Заболевания периферической нервной системы. (под ред. А.К. Эсбери, Р.У. Джиллиата). М. 2000. 175б.
6. Ивановский И.В. Сметанкин А.А. Принципы использования метода биологической связи в системе медицинской реабилитации/ Общероссийский научно-практический журнал Биологическая обратная связь. 2010. №3.

развивается молчание - логофобический мутизм, который всегда избирателен (элективный мутизм). Он проявляется лишь в психотравмирующей ситуации. Заикание также резко проявлялось после сильного физического напряжения, при простудных заболеваниях, у девочек во время менструации.

К профилактическим мероприятиям относятся рациональная постановка воспитания и обучения, соответственно возрасту ребенка, устранение моментов, вызывающих переутомление детей. В периоде развития речи надо предоставлять таким детям полный покой. Нельзя чрезмерно развивать их фантазию рассказыванием бессодержательных историй, преждевременным посещением театров и т.п. Нужно знать, что дети, начинающие говорить, нуждаются в особенно внимательном наблюдении. В отношении к ребенку не надо допускать постоянных «одергиваний», досадных замечаний, которые также способны его травмировать, что остается для окружающих незаметным. Сон нужен как наилучшее охранительное торможение коры головного мозга. С заикающимся ребенком следует говорить медленно, ласково, спокойно.

Таким образом, отмечается улучшения в психо-эмоциональной сфере в двух случаях. По сравнению с контрольной группой больных, лечившихся традиционным методом, применение БОС привело к более достоверному уменьшению выраженности неврологических расстройств, сформировались навыки коррекции речи, контроля эмоций. На основании проведенного исследования метод БОС в комплексе с традиционным подходом к лечению заикания, необходимо расширить границы возможностей терапии и повысить эффективность лечения.

Литература:

1. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов. Под ред. Л.С.Волковой, С.Н. Шаховской – М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 1998. – 680с.
2. Зайцева Ж.В. Методическое пособие по коррекции заикания у дошкольников. — Белгород. 2009. — 69с.
3. Детская неврология Ш.Ш. Шамансуров, В.М. Трошин, Ю.И. Кравцов 1995.—255с.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БОС В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ.

Таджибаева М.А.

В данной статье рассмотрена актуальность лечения заикания у детей с методом основанным на биологической обратной связи (БОС), которая формирует устойчивые навыки самостоятельного управления речью и ее коррекции.

управления организма с целью коррекции их в повседневной жизни самостоятельно.

Цель исследования оценка эффективности применения БОС в комплексной терапии заикания в сравнении с клиническими показателями улучшения речи у детей дошкольного и школьного возраста, страдающих заиканием.

Материал исследования. Под наблюдением находились 20 детей от 5 лет до 14 лет (12 мальчиков и 8 девочек).

1 группу составили 10 пациентов, которые в комплексном лечении использованы методом БОС.

2 группа - контрольная, составили 10 детей, которые пролечены традиционным методом.

В клиническое обследование включены: анализ анамнестических данных, жалоб, динамики состояния на фоне лечения. Для уточнения неврологического статуса проводились дополнительные исследования: глазное дно, электроэнцефалография, консультации психолога. Замечено, что у всех пациентов отмечались клинические проявления возбудимости ЦНС, эмоциональная лабильность, общеневротические проявления.

Результаты и обсуждение. Результаты проведенного исследования показали, что в 1 группе к концу лечения появилась положительная динамика в общем состоянии у 68% детей в виде снижения возбудимости, улучшения сна, нормализации вегетативных функций. На ЭЭГ- корковый ритм более отчетливый, повышение порога возбудимости коры головного мозга, нормализация реакции активации и усвоения ритма. Во 2 группе к концу комплексной терапии уменьшилась эмоциональная лабильность, утомляемость, нормализовались вегетативные функции. На ЭЭГ – уменьшение дисрегуляции основной активности. Во всех случаях было выявлено улучшение в психо-эмоциональной сфере. По сравнению с контрольной группой больных, лечившихся традиционным методом, применение БОС привело к достоверному уменьшению выраженности неврологических расстройств, сформировались навыки коррекции речи, контроля эмоций.

В клинической картине у наблюдаемых нами пациентов сочетались общеневротические проявления и симптомы невротического нарушения речевой функции. Из общеневротических проявления имели место пониженное настроение, чувство неполноценности, тревожное ожидание чего-то неприятного, сон не приносящий чувства отдыха, с массой сновидений, медленное засыпание, сниженный аппетит, вегетативные расстройства в виде повышенной потливости чувство жара и т.д. На фоне общеневротических нарушений выступали признаки нарушения речи, такие как логофобия (навязчивый страх речи). Она заключается в том, что после психической травмы возникает напряженное ожидание не возможности произнести звук. Логофобия всегда была непостоянна: в психотравмирующей ситуации она усиливалась, в знакомой и не травмирующей - отсутствовала. Выраженность логофобии порой бывает столь заметной, что пациент не способен что-либо сказать, т.е.

ТҮЙІНДЕМЕ.

БЕТ НЕРВІСІНІҢ ЗАҚЫМДАЛУЫНДА БИОЛОГИЯЛЫҚ КЕРІ БАЙЛАНЫС ӘДІСІН ҚОЛДАНҒАН БАЛАЛАРДЫҢ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫНЫҢ НӘТИЖЕСІ.

Жакежанова Ж.Р., Тұрсынбекова Ж.Б., Каладинова Т.И.

Мақалада бет нервсінің зақымдалуы кезінде 7 балаға биологиялық кері байланыс – тірек-қимылдық әдісін қолданғаны зерттеліп баяндалған. Зерттеу нәтижесінде биологиялық кері байланыс – тірек-қимылдық әдісін қолданған балаларда емдеу нәтижесі оң болғаны көрсетілді. Яғни, қысқа уақыттық мультипликациялық роликтер, әртүрлі ойындар баланың ақпаратты қабылдауын және жұмыстық қабілетін жоғарлатады. РБОО АҚ оңалту емінде болған балалар биологиялық кері байланыс әдісі емін жоғары қызығушылықпен және ынтасымен

РЕЗЮМЕ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПРИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА.

Жакежанова Ж.Р., Тұрсынбекова Ж.Б., Каладинова Т.И.

Статья посвящена исследованию лечения нейрнопатии лицевого нерва методом биологической обратной связью опорно-двигательного аппарата у 7 детей. В результате исследования применение метода БОС-опорно-двигательного аппарата – показало что у детей опытной группы лечение значительно более эффективно. Это объясняется с тем, что использование короткометражные мультипликационные ролики, игровые ситуации повышают восприимчивость представленной информации и мотивацию к тренировкам в методе – БОС. Дети получившие реабилитационное лечение в АО РДРЦ с интересом и желанием получали лечение метода БОС - опорно-двигательного аппарата.

SUMMARY.

RESULTS OF BIOFEEDBACK REHABILITATION OF CHILDREN WITH FACIAL NERVE NEUROPATHY.

Zhakezhanova Zh.R., Tursynbekova Zh.B., Kaladinova T.I.

The article is devoted to investigation of treatment by the biofeedback method of musculoskeletal system in 7 children with facial nerve neuropathy. As a result of research, the using of the biofeedback method of musculoskeletal system showed that the treatment of children from experienced group had more significant effect. It is explained by the fact, that the use of short cartoon videos and game situations increase susceptibility to provided information and motivation to trainings by this method. The children undergoing the rehabilitation treatment in JSC RCRC had high interest and desire during getting the treatment by biofeedback method of musculoskeletal system.

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ КАРДИО-БОС-ТРЕНИНГА ПРИ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЙ СЛУЖАЩИХ «КАЗАХСТАН-ТЕМИРЖОЛЫ»

Мусина А.А., Аманова А.Д., Сулейменова Р.К., Рахметова Б.Т.
АО «Медицинский университет Астаны», г. Астана.

Пластичность и устойчивость нейродинамических процессов относятся к основным индивидуально-типологическим свойствам нервной системы человека, которые могут явиться одним из прогностических критериев адаптивной способности человека. Именно адаптивная пластичность нервной

системы определяет способность организма к адаптации в новых условиях, особенно на первой стадии [1]. Поэтому оптимальным способом управления биоритмологической структуры деятельности функциональных систем, тесно сопряжено с индивидуальными особенностями организации регуляторных процессов, существенная роль в механизмах этих перестроек отводится пластичности нейродинамических процессов, имеющих выраженную индивидуальную зависимость [2].

К настоящему времени предложены ряд методов оценки устойчивости человека к неблагоприятным воздействиям, которые, однако, отличаются недостаточной точностью и надежностью. Поэтому разработка эффективных методов оценки прогнозирования устойчивости человека считается актуальной проблемой в современной физиологии труда [3,4].

Перспективным способом нефармакологической коррекции функционального состояния человека является обучение процессам саморегуляции с помощью внешних сигналов, изменяющихся в соответствии с изменениями выбранной для регуляции функции (биологическая обратная связь- БОС). При этом создается возможность в виде сигнала отслеживать показатели этой функции, а затем их целенаправленно изменять. БОС облегчает обучение физиологическому управлению произвольно направляемых функций. Иными словами, благодаря сигнала БОС появляется возможность создавать дополнительно несуществующий в обычных условиях контроль за функциями, управляемыми человеком бессознательно [5,6].

Материалы и методы исследования.

С учетом индивидуально-типологических особенностей операторов, машинистов, помощников машинистов проведены сеансы кардио-БОС-тренинга. Сеансы биоуправления проведены на 32 человек, которых по показателям ЭЭГ разделили на три основных типа пластичности [7]: с первым типом пластичности мозга составляли 5 человек, со вторым типом пластичности мозга 18 человек, с третьим типом пластичности мозга 9 человек.

Для изучения взаимоотношений нейроритмов ЭЭГ левого и правого полушарий, осуществляли биполярную запись ЭЭГ на компьютерном комплексе "Ритм-6", на этом же комплексе проведены коррегирующие сеансы.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БОС В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ

Таджибаева М.А.

Областной реабилитационный центр «Мейрім» для детей
с органическим поражением нервной системы, Шымкент.

Согласно МКБ-10 (F-98.5) Заикание - это нарушение речи, которое характеризуется частым повторением или пролонгацией звуков или слогов, или слов; или частыми остановками или нерешительностью в речи, разрывающей её ритмическое течение. Распространенность заикания обусловлена возрастом, полом, видом деятельности, местом проживания и другими факторами [1]. Наиболее часто оно возникает в возрасте от 2 до 4 лет, в период наиболее интенсивного развития речевой функциональной системы и формирования личности ребенка. Затем склонность к заиканию понижается, и в течение последующих десяти лет. Усиление заикания характерно при смене обстановки, повышения требования к ребенку, к его речевым умениям, общению со сверстниками, взрослыми, с коллективом. Обострение заикания возможно в период полового созревания. Количество заикающихся дошкольников составляет 1,4% (по К. П. Беккер), 2% (по М. Е. Хватцеву); заикающихся младших школьников — 1,6% (по М. Соваку). Среди взрослых заикающихся немногим более 1% (по М. Е. Хватцеву). Среди детей, живущих в сельской местности, заикание встречается реже, чем у городских сверстников. Некоторые авторы отмечают влияние климатических условий на усиление заикания, например, осенью и весной (М. Зеeman). [2].

Заикание возникает чаще в раннем детстве, когда речь еще недостаточно сформирована, чаще в возрасте 3-5 лет, но может наступить раньше или позже этих лет, что зависит от разных условий. В этот период личность еще не сформирована. Нужно отметить, что начало заикания нередко совпадает с инфекционными или соматическими заболеваниями.

Заикание – это темпоритмическое нарушение речи, при котором нарушается координация всех движений, участвующих в речи, не только дыхательных, фонаторных и артикуляционных, но и мимических и жестикуляционных. [3]. Метод на основе биологической обратной связи имел (БОС) успех при лечении заикающихся. При этом проводят компьютерный анализ речевого сигнала, получаемого посредством микрофона от пациента путем его спектрального анализа с определением значения частотного диапазона основного тона речи пациента и отношения спектральной плотности и мощности в частотной области выше основного тона к спектральной плотности мощности в частотной области ниже основного тона.

Основные преимущества БОС - включение механизмов саморегуляции организма на базе скрытых резервов; формирование устойчивых навыков

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Сундетова Р.А., Шокабалинова С.Ж., Абдрахманова У.Ш.

В исследование включены за 6 месяцев 2013 и 2014 года 135 пациентов, у которых отмечались проявления дисбактериоза в виде функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, дискинезии желчевыводящих путей, хронические запоры. За отчетный период отмечается снижение показателей в три раза, сравнительно с 2013 годом, что говорит о своевременном устранении причины, вызывающих дисбактериоз кишечника, тем самым улучшение иммунитета и улучшение состояния нервной системы.

ТҮЙІНДЕМЕ

БАЛАЛАРДАҒЫ ІШЕК ДИСБАКТЕРИОЗЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Сундетова Р.А., Шокабалинова С.Ж., Абдрахманова У.Ш.

Зерттеуде 6 ай аралығындағы 2013 және 2014 жылдары 135 балалардың дисбактериоз айқынды түрі асқазан-ішек жолдары өзгерістерімен, өт жолдарының дискинезия функциясының бұзылысымен және созылмалы ішек қатуымен байқалады. Осы есептік уақытта дисбактериоз көрсеткіштерінің 2013 жылмен салыстырғанда үш ретке дейін төмендеуі, себептің уақытылы жоюылуы, иммунитеттің және жүйке жүйесінің жақсаруына алып келеді.

SUMMARY

PECULIARITIES OF MANIFESTATION OF INTESTINAL DYSBACTERIOSIS IN CHILDREN.

Sundetova R.A., Shokabalinova S.Zh., Abdrakhmanova U.Sh.

In research are included in 6 months 2013 and 2014 of 135 patients at whom dysbacteriosis manifestations in the form of functional frustration of a gastrointestinal tract, biliary dyskinesia, chronic locks were noted. During the reporting period decrease in indicators on three times, compared with 2013 is noted what to speak about timely elimination of the reason, causing intestines dysbacteriosis, thereby improvement of immunity and improvement of a condition of nervous system.

Анализ нейродинамической структуры ЭЭГ больших полушарий мозга, активность волн и ритмов, вероятность их взаимного следования в обеих полушариях проводили в режимах оперативного - открытые глаза (ОГ) и в состоянии психосенсорного покоя - закрытые глаза (ЗГ) до и после сеансов биоуправления. Метод обработки в каждом из двух зарегистрированных отведений состоял в анализе статистических закономерностей перехода волн ЭЭГ в другие и определение вероятности этих переходов [8].

Обработку полученных данных производили по общепринятым методикам с определением средней арифметической ($\bar{x}$), ошибки средней арифметической (M). Достоверность различий оценивали по общеизвестному критерию Стьюдента и по критерию Фишера.

Результаты и их обсуждение. Анализ показал, что сеансы кадио-БОС-тренинга значительно меняют баланс взаимодействия волн, так у лиц первого (коркового) типа отмечается рост вероятности взаимодействия и перехода альфа волн с бета-, альфа-, тета- ритмами. Идет рост активации взаимодействия альфа-альфа с формированием альфа ядра. В обоих полушариях после БОС-тренинга отмечается рост вероятности взаимодействия альфа с другими ритмами. В правом полушарии отмечен рост взаимодействия бета с альфа и альфа с альфа, (0.519 ± 0.04 у.е. справа и соответственно 0.408 ± 0.08 слева). Вероятность взаимодействия альфа-бета справа составило 0.284 ± 0.04 у.е., в левом полушарии эта вероятность растет до 0.33 ± 0.05 у.е.; взаимодействие бета-альфа в правом полушарии составило 0.420 ± 0.03 у.е., в левом полушарии это взаимодействие было выше и соответствовало 0.500 ± 0.12 у.е. В левом полушарии у лиц данного типа растет баланс взаимодействия альфа с тета волнами и в то же время растет активность бета-бета взаимодействия, так: взаимодействие альфа-тета волн слева составляло 0.215 ± 0.06 у.е., в правом полушарии 0.140 ± 0.02 у.е. соответственно; увеличение бета волн в виде активности взаимодействия бета-бета слева 0.466 ± 0.08 у.е., справа оно составило 0.366 ± 0.06 у.е.. Тренинг позволил увеличить продолжительность альфа веретен и выраженность альфа-ритма, то есть сеанс позволил формировать альфа-ядро, тем самым усилить вероятность взаимодействия с альфа-ритмом всех остальных ритмов. Такая перестройка структуры ЭЭГ свидетельствует о большой функциональной пластичности центральных механизмов регуляции головного мозга, динамичности внутрицентрального взаимодействия его структур, способности функциональной реорганизаций мозга как единой системы.

Анализ структуры взаимодействия основных компонентов волн ЭЭГ у средне адаптивных лиц (II-тип пластичности) показал, что на тренинг они реагируют изменением пространственно-временной организации ЭЭГ в виде снижения взаимодействия альфа ритма с другими компонентами и это протекает на фоне роста бета-бета, причем данный процесс регистрируется в обоих полушариях. Снижение вероятности взаимодействия волн с альфа компонентом было отмечено справа между бета-альфа 0.332 ± 0.016 ($p < 0.05$); альфа-бета 0.390 ± 0.020 ($p < 0.05$) тета-альфа 0.276 ± 0.019 ($p < 0.05$); дельта-альфа 0.201 ± 0.01 ($p < 0.05$); в левом полушарии было лишь снижение с дельта-альфа до 0.200 ± 0.016

($p < 0,05$). Бета активность, скорее всего, вызвано тем, что стимуляция сосудистого центра волнами сердечного ритма при тренинге вызывает появление в ЦНС очага повышенной возбудимости, что естественно проявляется изменением баланса активности нейродинамики ЭЭГ. Редуцирование этой реакции свидетельствует о выработке в ЭЭГ временных связей.

Для лиц с лимбико-стволовым доминированием (III тип пластичности) сеансы тренинга способствовали изменению нейродинамики ЭЭГ, в виде снижения вероятности взаимодействия альфа-волн с другими компонентами, так отмечено, что со стороны активности правого полушария идет достоверное снижение в балансе бета-альфа взаимодействия 0.276 ± 0.016 ($p < 0.05$); альфа-альфа 0.291 ± 0.02 ($p < 0.01$); тета-альфа 0.270 ± 0.019 ($p < 0.05$); дельта-альфа 0.169 ± 0.0160 ($p < 0.05$). В левом отмечено снижение дельта-альфа 0.176 ± 0.02 с достоверностью ($p < 0.05$). Подавление альфа-ритма и рост активности бета, дельта свидетельствует, что сеансы БОС позволили на фоне повышения нервно-эмоционального напряжения вызвать неспецифическую активацию коры, который протекал с преобладанием в центральных механизмах тормозного процесса. Присутствие торможения вызвано, скорее всего, тем, что у лиц с низким уровнем пластичности нейродинамических процессов, сеанс наряду со значительной депрессией альфа-ритма существенно меняет саму структуру временной организации паттерна ЭЭГ. Рост выраженной взаимосвязи между бета- и тета-компонентами с 0.170 до 0.190 ($p < 0.05$) свидетельствует о наличии реорганизации межцентральных взаимоотношений.

ВЫВОДЫ:

1. Кардио-БОС тренинг существенно меняет временную организацию ЭЭГ, где диапазон перестроек биоритмики для каждого типа пластичности индивидуален.
2. Перестройка структурно-функциональной организации у лиц I типа протекает на фоне формирования альфа-ядра и оптимальным балансом корково-подкорковых взаимоотношений.
3. У лиц II типа редуцирование возбудимости протекает на фоне роста бета-активности, что свидетельствует о выработке временных связей
4. У лиц III типа перестройка нейродинамики протекает на фоне роста неспецифической активности коры с преобладанием тормозных процессов в центральных механизмах, что свидетельствует переходе организма на новый уровень функционирования.

Литература:

1. Ушаков И.Б., Бухтияров И.В., Шишов А.А., Оленев Н.И. Гипобарическая интервальная гипоксия как метод повышения устойчивости к воздействию профессионально вредных факторов. // Вестник РАМН.-2010.-№12.-С.3-7.
2. Горев А.С., Панова Е.Н. Эффективность БОС-тренинга регуляции функционального состояния в зависимости от индивидуальных психофизиологических характеристик. // Физ.чел.-2009.-т.35.-№5.-с.25-32.
3. Пронина М.В., Кропотов Ю.Д., Мурашов П.В. Возможность тренировки амплитуды независимых компонент вызванных потенциалов методом

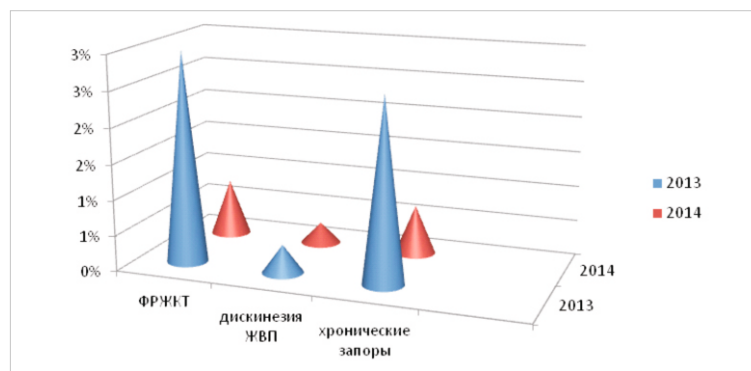
при нормальном функционировании органов и систем предотвращает развитие дисбиозов. Профилактикой является санация очагов инфекции, профилактическое назначение пробиотиков беременным и новорожденным из группы риска, раннее прикладывание ребенка к груди матери (сразу после родов), применение стимуляторов роста полезных бактерий, кисломолочных продуктов и специальных биологически активных добавок на фоне антибиотикотерапии у детей.

На основании вышеизложенного можно сделать выводы, что надо своевременно лечить простудные заболевания и заболевания желудочно-кишечного тракта, также восстановить баланс нервной системы, что достигается с помощью фитопрепаратов и лечебных процедур с воздействием на биоактивные точки тела. Такое комплексное лечение дисбактериоза кишечника позволяет не только устранить симптомы дисбактериоза, но и предотвратить развитие таких заболеваний, как атопический дерматит (с последующим присоединением бронхиальной астмы), панкреатит, энтероколит, гастродуоденит и ряд других осложнений дисбактериоза кишечника. Дисбактериоз у детей чаще сопровождается болезнями желудочно-кишечного тракта, которые являются сопутствующей патологией и могут осложнять картину неврологических заболеваний.

Таким образом, в исследовании включены 135 пациентов за 6 месяцев 2013г. и 2014 г., у которых отмечались проявления дисбактериоза в виде функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, дискинезии желчевыводящих путей, хронические запоры. За отчетный период отмечается снижение показателей на три раза, сравнительно с 2013 годом, что говорить о своевременном устранении причины, вызывающих дисбактериоз кишечника, и тем самым улучшение иммунитета и улучшение состояния нервной системы.

Литература:

1. Дисбиоз кишечника. Руководство по диагностике и лечению. (под ред. Е.И. Ткаченко, А.Н. Суворова – СПб: Информ Мед, 276с. 2009г (для врачей всех специальностей).
2. Степанова Н.А. Дисбактериоз – причина 20 болезней. М., СПб, 2009г
3. Болотовский Г.В. Дисбактериоз: симптомы, лечение, профилактика. СПб., 2008г.
4. Няньковский С.Я, Шаевская Х., Заричанский Я. Роль пробиотиков в вскармливании детей, профилактике и лечении заболеваний у детей и взрослых. Современ. педиатрия, - 2006г - № 2 (11).
5. Овчаренко Л.С., Ахтомова Л.А., Медведев В.П., Бородин А.Б. Дисбактериоз у детей: учебно – методическое пособие – Запорожье- 2003г 28стр.
6. Василенко В.В. Дисбактериоз – синдром раздраженного кишечника: эссе – анализ проблем. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2000, № 6, с. 10 – 13с.
7. Щербаков П. Л. К вопросу о дисбиозе кишечника и его коррекции у детей. - Педиатрия/Коллоквиум. 07/2007.



(0,3%), хронические запоры в 2013 году у 43 (2,6%), а в 2014 году у 10, что составляет - 0,7%. Отмечается снижение показателей в динамике, что говорит о своевременном устранении причины, вызвавшей дисбактериоз кишечника и тем самым улучшение иммунитета, улучшение состояния нервной системы. Достигается это и при помощи специальных иммунопрепаратов (бактериофагов), обладающих способностью поглощать и растворять внутри себя микробные клетки, или при помощи кишечных антисептиков или антибиотиков. Практически всегда при проведении бактериологического исследования кала проводится и определение чувствительности условно патогенных микробов к тому или иному бактериофагу или антибиотику. Безусловно, использование бактериофагов предпочтительнее. Если же по какой-то причине их применение невозможно, то из ряда антибактериальных препаратов необходимо выбирать те, которые, действуя только в просвете кишечника, не попадают в кровь и не оказывают общего воздействия на организм. Следующим является коррекция микробного пейзажа кишечника это цель заселения его здоровой флорой и создания условий, подходящих для ее роста. Использовались пробиотики — препараты, которые содержат живые микроорганизмы, такие, как известные нам бифидобактерии, лактобактерии и кишечная палочка, а также продукты их жизнедеятельности, помогающие им успешно поселиться в кишечнике. Курс лечения назначался в каждом конкретном случае индивидуально. Пребиотики содержат неперевариваемые вещества, которые оказывают благоприятное воздействие на рост здоровой микрофлоры, и активизирует ее. К ним относится лактулоза, олигосахариды, клетчатка. Эти компоненты к тому же стимулировали двигательную функцию кишечника, помогали справиться с запорами.

Лечение дисбактериоза у детей направлено на устранение причины, вызвавшей дисбактериоз кишечника (например, дискинезии желчевыводящих путей), устранение сопутствующих проблем желудочно-кишечного тракта, повышение иммунитета, улучшение состояния нервной системы. Лечение всегда комплексное и продолжительное, требует от родителей достаточно терпения и тщательности приема препаратов. Существуют специальные препараты, которые выполняют функции нормальной микрофлоры и создают благоприятные условия для роста полезных микроорганизмов.

Адекватное, сбалансированное питание в соответствии с возрастом ребенка

биообратной связи. // Физ.чел.-2011.-т.37.-№8.-с.13-18.

4. Алексеева М.В., Балиоз Н.В., Муравлева К.Б., Сапина Е.В. и др. Использование тренинга произвольного увеличения мощности ЭЭГ в индивидуальном частотном альфа-диапазоне для улучшения когнитивной деятельности. // Физ.чел.-2012.-т.38.-№1.-с.51-60.

5. Петрова Т.С., Проничев И.В., Гречишников Е.Н. Реакция центральной нервной системы на невербальное психотерапевтическое воздействие: вегетативное звено регуляции. // Физ.чел.-2003.-т.29.-№1.-с.77-80.

6. Брискин Б.С., Клецкин С.З., Струнов М.А. Способ определения неспецифической резистентности организма А.С. 1380725/а, от 15.03.88 // Б.И. N 10, 1988.

7. Бекшаев С.С., Василевский Н.Н., Суворов Н.Б. Комбинаторный подход к анализу взаимной статистической зависимости ЭЭГ. // Адаптивные реакции мозга и их прогнозирование. - Л.1978. - С.117-123.

8. Василевский Н.Н. и др. Факторы риска и некоторые особенности патологии в зависимости от типа организации нейродинамики головного мозга // Вестник Российской Академии медицинских наук 1996, N 9, С.14-18.

РЕЗЮМЕ

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ КАРДИО-БОС-ТРЕНИНГА ПРИ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЙ СЛУЖАЩИХ «КАЗАХСТАН-ТЕМИРЖОЛЫ».

Мусина А.А., Аманова А.Д., Сулейменова Р.К., Рахметова Б.Т.

Дана оценка эффективности применения кардио-БОС-тренинга с учетом уровня пластичности мозга. Показано, что типологическая особенность влияет на успешность их обучаемости режимам БОС. Сеансы тренинга способствуют изменению биоритмологической активности ЭЭГ.

ТҮЙІНДЕМЕ

КАРДИО-БОС-ТРЕНИНГТІҢ ҚОЛДАНЫСЫ "КАЗАХСТАН-ТЕМИРЖОЛЫ" ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІ АРАСЫНДАҒЫ КОРРЕКЦИЯСЫ.

Мусина А.А., Аманова А.Д., Сулейменова Р.К., Рахметова Б.Т.

Мидың серпімділік деңгейін есепке ала отырып кардио-бос-тренингті қолдану тиімділігіне баға берілді. Типологиялық ерекшелік оларды БҚБ тәртібімен оқыту бойынша жетістікке әсер ететіні көрсетілді. Тренинг сеанстары ЭЭГ-тің биоритмологиялық белсенділігінің өзгеруіне әсер етеді.

SUMMARY

PRACTICE OF CARDIO-BOS-TRAINING IN STATE EMPLOYEES COMPENSATION "KAZAKHSTAN-TEMIRZHOLY."

Mussina A.A., Amanova A.D., Suleimenova R.K., Rakhmetova B.T.

The assessment of efficiency of cardiac – bfb – training usage taking into account level of plasticity of a brain is given. It is shown that typological feature influences success of their learning ability to the BFB modes. Sessions of training promote change of biorhythmological activity of EEG.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Сундетова Р.А., Омирбаева А.О.

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

Актуальность. Часто и длительно болеющие дети (ЧБД) - это не нозологическая форма и не диагноз, это группа детей с частыми (4 и более) эпизодами ОРЗ, возникающими из-за транзиторных корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющих стойких органических нарушений в них. У детей - инвалидов, среди всех причин способствующих возникновению частых ОРЗ являются неблагоприятное течение беременности и родов (хроническая внутриутробная гипоксия, внутриутробные инфекции, недоношенность, осложнения в родах, внутричерепная родовая травма). Причинами являются высокая контагиозность возбудителей ОРЗ, особенно вирусов гриппа, постоянно меняющихся антигенные свойства, нерациональное питание, неправильный уход за ребенком-инвалидом, неблагоприятные социально-бытовые условия. [2]. В структуре инвалидности детей первое место занимают болезни органов кровообращения (34,4 %), второе - дыхания (30,7 %) и третье - пищеварения (21,7 %). У 13,2 % детей инвалидность связана с заболеваниями мочеполовой системы и у 6,0 % с эндокринопатиями. Установлено, что кроме нарушений в одной системе, приведших к ограничению жизнедеятельности ребенка, диагностируются различные изменения и со стороны других органов и систем, но чаще встречаются различные расстройства со стороны нервной системы [4]. В США наиболее частыми причинами инвалидности являются расстройства психики (включая задержку психического развития) и нервной системы, бронхиальная астма, болезни опорно-двигательного аппарата и нарушения слуха и зрения [1]. Достаточно серьезную проблему для оптимизации комплексной терапии детей раннего возраста с ДЦП составляют часто и длительно болеющие дети (ЧБД) и дети с внутриутробной инфекцией. Часто и длительно болеющие дети составляют от 44% до 31% детей раннего возраста с детским церебральным параличом (ДЦП). [3].

В нашем Центре среди пациентов прошедших реабилитацию количество пациентов, имеющих инвалидность, составляет 78,7%, что на 9,2% больше по сравнению с аналогичным сроком прошлого года, из них 72,5% инвалиды детства и 6,2% инвалиды по заболеванию. Большой процент составляют дети с ДЦП - со значительным улучшением (60,6%), со средним - 32,9% и с незначительным - 9,6%. К незначительному числу вошли дети с тяжелым неврологическим статусом, выраженной интеллектуальной недостаточностью и грубыми поведенческими нарушениями и сопутствующей патологией.

Материалы и методы исследования. Взяты ретроспективные данные пациентов в возрасте с 1 года до 18 лет за 6 месяцев 2013 и 2014 гг., которые

среды; они наступают задолго до клинических проявлений. Изменения нормальной микрофлоры получили название дисбактериоза, или дисбиоза. Дисбактериоз является микробиологическим понятием и ни в коем случае не может быть самостоятельным диагнозом. [7].

Материалы и методы исследования:

В исследование включены 135 пациентов за 6 месяцев 2013 г. и 2014 г., у которых отмечались проявления дисбактериоза в виде функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, дискинезии желчевыводящих путей, хронические запоры.

Для выяснения возникновения нарушения расстройства желудочно-кишечного тракта проведены следующие исследования: изучение клинических признаков; копрограмма - метод, который показывает степень переваривания кишечником компонентов пищи, а также наличие или отсутствие признаков воспаления; бактериологический посев кала на условно-патогенную флору - анализ, который показывает уровень "нейтральных" бактерий без учета показателей нормальной микрофлоры; бактериологический посев кала на дисбактериоз - метод, определяющий количество нормальной и условно-патогенной флоры, бактериологический посев на чувствительность к различным лекарственным средствам.

Результаты и обсуждения.

В исследование включены 135 пациентов различных возрастов, у которых отмечались проявления дисбактериоза в виде функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, дискинезии желчевыводящих путей, хронические запоры. Во время исследования дисбактериоз кишечника чаще отмечались у детей первого и второго года жизни. Любая кишечная инфекция в этом возрасте в ста процентах случаев сопровождается дисбиозом. Дисбактериоз кишечника приводил к замедлению прибавки в весе у малыша и даже к потере массы тела. Состояние внутренних органов сказывается на внешнем виде ребенка: малыш выглядит бледным. Кожа становится сухой, начинает шелушиться, в уголках рта появляются трещинки. Ребенка беспокоит зуд, на коже возникают аллергические высыпания. Иногда появляются высыпания на слизистой рта, развивается молочница, стоматиты. Часто проявляются симптоматики во время прорезывания зубов. Малыш чаще страдает простудными заболеваниями и "подхватывает" кишечные инфекции. Со стороны желудочно-кишечного тракта - это значительное количество каловых масс с неперевавленными комочками, неприятным, гнилостным запахом, напряжения, урчание и боли в животе, натуживание, снижение аппетита, частые срыгивания. У детей более старшего возраста причинами дисбактериоза кишечника становились нерациональное питание, стресс, прием антибиотиков широкого спектра действия и другие фармакологические препараты, а также последствия экологической ситуации с места проживания ребенка.

Из диаграммы видно, что функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта отмечались в 2013 году у 55 детей (3%), а в 2014 году у 11 (0,8%), дискинезии желчевыводящих путей в 2013 году у 6 (0,4%), а в 2014 году у 5

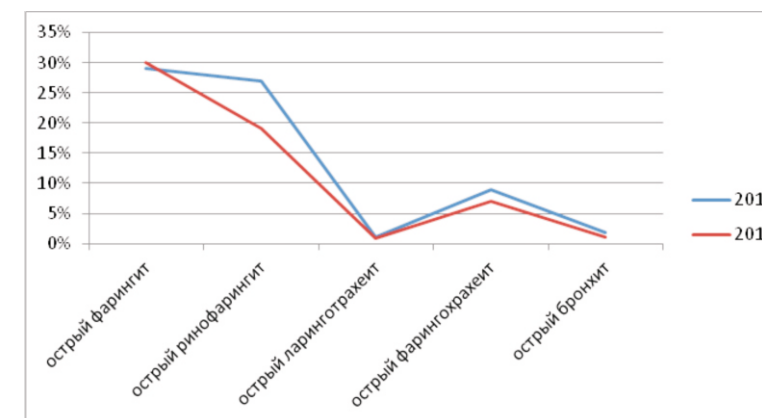
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Сундетова Р.А., Шокабалинова С.Ж., Абдрахманова У.Ш.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

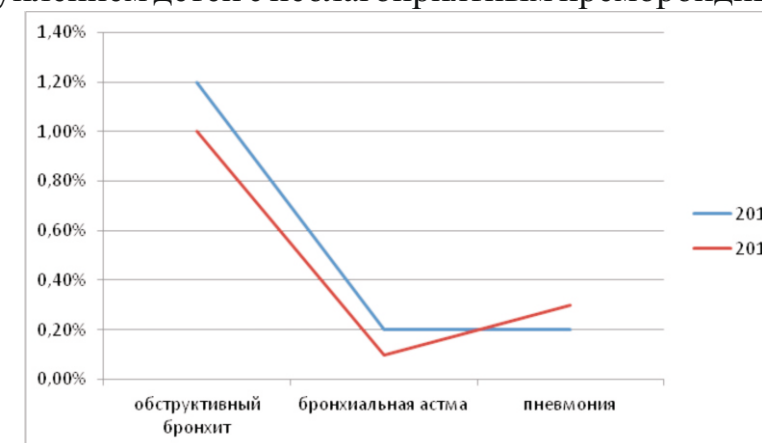
Актуальность. Дисбактериоз кишечника - это состояние, при котором количество полезных бактерий уменьшается, а "нейтральных" и патогенных увеличивается. Довольно часто эти изменения носят временный характер: полезные микроорганизмы сами восстанавливают равновесие. Если по каким-то причинам этого не происходит, восстанавливать микрофлору приходится с помощью определенных лекарственных препаратов. Нормальная микрофлора выполняет важные функции — защитную, обменную и иммуноиндуцирующую, участвуя в поддержании гомеостаза. Важнейшую роль в жизнедеятельности организма человека играет микробиоценоз кишечника. Всю микрофлору кишечника можно разделить на три группы: основная — бифидобактерии (*Bifidobacterium (B.) bifidum, B. brevis, B. longum, B. adolescentis* и др.) и лактобациллы (*Lactobacillus (L.) acidophilus, L. fermentum, L. brevis, L. lactis* и др.); сопутствующая — кишечные палочки с типичными биологическими свойствами и энтерококки (*Enterococcus (E.) faecalis, E. faecium*) и остаточная — условно-патогенные бактерии семейства энтеробактерий: клебсиеллы, цитробактеры, протей и др., а также дрожжеподобные грибы. Нарушение любой из них сопровождается изменением метаболизма, возникновением дефицита микронутриентов, снижением иммунного статуса. [1,3,7]. Дисбактериоз кишечника может развиваться у младенца из-за вынужденного приема ребенком или кормящей матерью антибиотиков, позднего прикладывания к груди или вообще отсутствия грудного вскармливания, гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы ребенка, а также сопутствующих дисбиотических изменений в организме самой матери. Дисбактериоз осложняет и затягивает течение основного заболевания. Он может быть для него как неблагоприятным фоновым состоянием, так и осложнением. [2,4]. Дисбактериоз (дисбиоз) кишечника не может употребляться в качестве основного диагноза, он всегда вторичен и не имеет специфических клинических эквивалентов. Именно поэтому более правильно говорить не о лечении, а о коррекции этого состояния. Микроорганизмы, обитающие в желудочно-кишечном тракте, очень важны для человека: они выстилают слизистую внутренних органов, препятствуя проникновению болезнетворных бактерий и развитию инфекционных заболеваний, участвует в процессе переваривания и всасывания компонентов пищи, микро- и макроэлементов, а также сами вырабатывают витамины и биологически активные вещества. [5,6]. Нарушения микробиоценоза кишечника связаны с характером питания, возрастом, проведением антибактериальной, гормональной, лучевой терапии, хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, изменением иммунного статуса, состоянием окружающей

перенесли респираторные заболевания верхних дыхательных путей - 810 детей (57%), из них заболели острым фарингитом - 29,7%, острым ринофарингитом—17%, острым фаринготрахеитом—7,5%, острым бронхитом и обструктивным бронхитами по 1%, пневмонией — 0,4%.

Структура респираторных заболеваний у больных с ДЦП



Как видно из графической диаграммы наиболее частой патологией, выявляемый у пациентов являются катары верхних дыхательных путей, которые связаны с поступлением детей с неблагоприятным преморбидным фоном.



Антибактериальную терапию за 6 месяцев в 2014 году получили 249 детей, что составляет 30%. Назначение антибактериальной терапии обоснована, так как во всех случаях отмечалась бактериальная этиология.

Аллергический дерматит отмечается у 3,6% детей, что является снижением иммунного статуса организма ребенка, из-за частых проявлений вирусных и бактериальных инфекций.

Результаты и обсуждения. Часто болеют респираторными заболеваниями дети с ДЦП, у которых существенно нарушена адаптация к различным факторам внешней среды. При респираторных заболеваниях верхних дыхательных путей на фоне высокой температуры в 30% случаев отмечались судороги, а также были случаи выраженной метеочувствительности, нарушения терморегуляции и др. Проявлялись тип конституции (форма диатеза) как отражение генетической предрасположенности растущего организма к определенным заболеваниям,

обуславливающей характер течения и исходы. Аллергия, как извращенная реакция на определенные факторы внешней и внутренней среды организма сопровождалась существенными иммунными нарушениями. В оздоровлении часто болеющих детей важную роль имеет систематическое проведение специальных комплексов лечебной физкультуры, направленных на обеспечение хорошего дренажа бронхов и повышение тонуса дыхательной мускулатуры. Фитотерапия являлась одним из компонентов реабилитационных программ часто и длительно болеющих детей. Фитотерапия применяется в виде перорального приема лекарственных фитосборов, лечебных ингаляций и местной терапии. Для санации очагов хронического воспаления ротоносоглотки показано промывание носовых ходов, полоскания полости рта и зева фитонастоями и отварами. Прием поливитаминных препаратов существенно снижает заболеваемость ОРЗ. Таким образом, наиболее частой патологией у больных с ДЦП являются респираторные заболевания верхних дыхательных путей, которые составляют - 57%, за счет неблагоприятного преморбидного фонда. Частые респираторные заболевания приводят к хронизации воспалительных процессов. В связи с этим в оздоровлении часто болеющих детей необходимо систематическое проведение специальных комплексов лечебной физкультуры, направленных на обеспечение хорошего дренажа бронхов и повышение тонуса дыхательной мускулатуры.

Литература:

1. Health for all. Date Base. — Copenhagen: WHO Regional Office Europe Update, 2006.
2. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Чебуркин А.В, Захарова И.Н. Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации: руководство для врачей. М., 2001.
3. Толмачева С.Р. Медико-социальные проблемы детей-инвалидов с хронической патологией // Medical practice. — 2007. — № 1(55). — С. 12-15.
4. Зелинская Д.И. Детская инвалидность как проблема здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. — 2008. — № 2. — С. 23-25.
5. Ващенко Л.В. и др. Детская инвалидность и инвалидность с детства как медико-социальная проблема // Здоровье ребенка. 2008. - № 2(11). - С. 14-18.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.

Сундетова Р.А., Омирбаева А.О.

Взяты ретроспективные данные 810 пациентов (57%) в возрасте с 1 года до 18 лет. Наиболее частой патологией у больных с ДЦП явились респираторные заболевания верхних дыхательных путей, за счет неблагоприятного преморбидного фонда. Частые респираторные заболевания у детей приводили к

хронизации воспалительных процессов. В связи с этим в оздоровлении часто болеющих детей необходимо систематическое проведение специальных комплексов лечебной физкультуры, направленных на обеспечение хорошего дренажа бронхов и повышение тонуса дыхательной мускулатуры.

ТҮЙІНДЕМЕ

БАЛАЛАРДАҒЫ ЦЕРЕБРАЛДЫ ПАРАЛИЧ АУРУЫМЕН ӨТЕТІН ЖОҒАРҒЫ ТЫНЫС ЖОЛДАРЫНЫҢ РЕСПИРАТОРЛЫ АУРУЫНЫҢ ӨТУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Сундетова Р.А., Омирбаева А.О.

Ретроспективті деректер бойынша 810 емделуші (57%) балалар 1- жастан 18- жасқа дейін алынды. ДЦП ауруымен ауыратын балалардағы жоғарғы тыныс жолдарының респираторлы аурулары жиі кездеседі, ол преморбид жағдайларға байланысты. респиратор ауруға балалардың қабыну үдерістің созылмалы түре алып келеді. Жиі ауыратын балалардың сауығыуында емдік дене шынықтырудың, бронхтың жақсы сорғытуының қамсыздандыруын және тыныс тонусының көтермелеуін арнаулы кешенде жүйелендіруі керек.

SUMMARY

FEATURES OF RESPIRATORY DISEASES OF UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS IN PATIENTS WITH CEREBRAL PALSY.

Sundetova R.A., Omirbayeva A.O.

Retrospective data of 810 patients (57%) aged from 1 to 18 years are taken. The most common pathology in patients with cerebral palsy were respiratory infections of the upper respiratory tract due to unfavorable premorbid fund. Frequent respiratory diseases at children led to synchronization of inflammatory processes. In this regard in improvement of often ill children systematic carrying out special complexes of the physiotherapy exercises aimed at providing a good drainage of bronchial tubes and increase of a tone of respiratory muscles is necessary.