



РВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ

ISSN 2222 - 2014

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ №13 | 2014(3)



**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



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.

«ОҢАЛТУДЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ» ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ «ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ»
«REHABILITOLGY 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 Haim (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. Крицюнас (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)
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)
А.Б. Садыкова (к.м.н., 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»
«REHABILITATION ISSUES» PERIODICAL**

**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**

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

Цель и содержание:

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

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

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

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

Рубрики журнала:

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

СОДЕРЖАНИЕ

1. MEDICAL-SOCIAL REHABILITATION OF EMPLOYEES INJURED AND DAMAGED AT WORK

Skvirskaya G.P......7

2. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОГО ТРЕНАЖЕРА “ЛЕСТНИЦА–БРУСЬЯ DST8000” У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Булекбаева Ш.А., Медетбекова Ж.А, Конкулов К.К., Вебер Ю.В......13

3. RGO–РЕЦИПРОКТЫ АППАРАТТЫ ҚОЛДАНУ

*Булекбаева Ш.А., Сейсембеков Т.А., Мухаметжанов Б.Ж.,
Нұрғыдыров Т.К., Бердиев Т.С.*.....16

4. ФИЗИОЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

Айткулова М.Б., Абдиева А.К., Уакбаева Ж.М......23

5. ЕРЕКШЕ БАЛАЛАРҒА БІЛІМ МЕН ТӘРБИЕ БЕРУГЕ ОҢТАЙЛАНДЫРЫЛҒАН ӘДІСТЕМЕЛІК ЖҮЙЕ

Белгибаева Б.Н......27

6. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Исломов М.У......32

7. СТУПЕНЧАТАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

*Кадырова А.Ж., Ахметжанова З.Ж.,
Жылкыбаев Г.Л., Музапарова К.А., Джусупова Д.*.....40

8. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ПО СЕНСОМОТОРНОМУ РАЗВИТИЮ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПРИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ

Кененбаева Б.С., Набина Р.А.44

9. ЗАДЕРЖКА ТЕМПА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Кучербаева З.Т., Тугаева Ж.А.49

10. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНОВ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Макалкина Л.Г......54

11. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ МАССАЖА У ДЕТЕЙ С ДЦП	
<i>Малиновская М.А., Сундетова Р.А.</i>	67
12. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ	
<i>Ногайбаев Д.М., Кучербаева З.Т.</i>	70
13. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПНЕВМО-КОСТЮМА "АТЛАНТ" ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	
<i>Ризванова А.Р., Кусаинова К.К., Тажиббаева Д.Т., Оразбаева А.С., Искулова А.Е.</i>	76
14. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С БОЛЬЮ	
<i>Руденко Л.Н., Молдагалиева Г.О., Устемирова Б.Х.</i>	80
15. СЛУЧАЙ ОБНАРУЖЕНИЯ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЁРНЕРА	
<i>Саятова А.А., Сундетова Р.А.</i>	83
16. ОПЫТ РАБОТЫ ЛАБОРАТОРИИ МОДЕЛИРОВАНИЯ И ОРТЕЗИРОВАНИЯ ПО ОБУЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ ПРАВИЛЬНОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ОРТЕЗОВ	
<i>Сейсембеков Т.А., Нургыдыров Т.К., Бердиев Т.С., Шарипов Е.Б.</i>	88
17. ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТСПЛЕН-ЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ	
<i>Сембиева Ф.Т., Аманова А.Д., Абильдаева А.К.</i>	94
18. ОСНОВНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ КОНТРОЛЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ГОРОДЕ АСТАНА	
<i>Шайзадина Г.Н., Калитанова А.Д., Хасенова А.Ж., Аманова А.Д.</i>	100
19. НЕЙРОРАЗВИВАЮЩИЙ МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ	
<i>Чуватаева К.К., Ульмисекова Г.Б.</i>	103
20. ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ГЛОТАНИЯ ПРИ ДЦП.	
<i>Ульмисекова Г.Б., Нигметжанова М.Б., Жакежанова Ж.Р.</i>	106
21. II МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТОЛОГИИ»	110
22. В память о великом человеке, блистательном ученом, ораторе, педагоге, враче с большой буквы - ЖАНГАЛИ ХАМЗАБАЕВИЧЕ ХАМЗАБАЕВЕ	114
23. ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ	117
24. СОДЕРЖАНИЕ	

УДК: 615.356:616-055.2-053.4

MEDICAL-SOCIAL REHABILITATION OF EMPLOYEES INJURED AND DAMAGED AT WORK

G.P. Skvirskaya

I.M. Sechenov1-st Moscow State University. Moscow. Russia.

Keywords: medical-social rehabilitation, primary and secondary rehabilitation, group and individual programs (algorithms) of rehabilitation.

Medical-social rehabilitation of employees include a complex of health, psychological, pedagogical and social activities aimed at restoring the overall efficiency of the organism, elimination or compensation of Disability, lost functions. Medical-social rehabilitation of employees gives the possibility to adapt, to achieve more complete restoration of social and professional status. The development of this problem is the need for conservation and development of labor potential, to improve the quality of life of workers, is necessary for adapting the system of protection and occupational medicine to international standards and requirements.

Currently, the quality of living for a worker is determined by the conditions of life support, including in the workplace, and health status. The degree of individual and group risks, including the combined risk, of developing abnormalities in health and diseases associated with exposure to adverse factors, including physical, chemical, biological, psycho-emotional factors and factors of the information environment and production environment becomes increasingly important in shaping the quality of life at the present stage of civilization.

In order to eliminate or reduce the impact of individual risks to health of workers, there is a system of preliminary and periodic medical examinations. The main goal of medical examinations is to determine whether the health status corresponds to suspected or already carried out work with regard to the general contraindications, individual sensitivity, predictive risk of disease, identification of common diseases, preventing the continuation of the work and the initial forms of professional and professionally-induced pathology.

Goal: to develop science-based approaches to the formation of social and medical rehabilitation for workers and injured at work.

Materials and methods: based on the analysis of problems of medical and social rehabilitation of affected workers in Russia. Were studied the current regulatory framework and practices of medical and social rehabilitation. Were developed modern approaches to the medical and social rehabilitation of patients with diseases of the locomotor apparatus at the level of spa establishments.

The results of these studies, as well as analysis of professional and combined risks to health, including reproductive health, help us to structure health care and social rehabilitation of workers and people, who were injured at work, on primary and secondary rehabilitation. And also identify the main approaches and directions of primary and secondary rehabilitation.

In our opinion, primary health-social rehabilitation includes measures to reduce the negative impact of unfavorable factors and enhance adaptation and reserve capacity of the organism, leading to a general health-improving effect and the restoration of

health. [2] Therapeutic activities in primary health and social rehabilitation must be applied practically to all persons working in high-risk conditions. Such activities may include all those that reduce the negative impact of unfavorable factors and enhance adaptation and reserve capabilities of the organism, lead to a general health-improving effect and restore functionality. First of all it is:

- Establishment of optimal conditions for rest and remove fatigue in between shifts and holiday time;
- Conduct comprehensive endo-ecological rehabilitation;
- The use of different complexing agents to facilitate the removal of harmful substances from the body;
- Use of vitamin, minerals, dietary supplements, promoting the normalization of metabolic processes in the body of workers;
- Implementation of a rational nutrition,(if it is necessary, additional and (or) medical nutrition) and drinking water treatment;
- Conducting general health or specific physiological spa and health physical methods, including at the workplace;
- Reduce stressful body burden and the implementation of relaxation;

The secondary health care and social rehabilitation can include all measures to restore the lost functions of the body worker (particularly the most affected organs and systems), social and other adaptations to the new quality-adjusted life encountered limitations. In addition to the above measures we can also include:

- Different types of restrictions on negative factors and the labor process;
- Regular check-up of sick and injured at work, the dynamics of their health;

All kinds of specific and nonspecific course of treatment, including medication, physiotherapy, spa-therapy and other treatments, aimed at the regeneration of damaged tissues, the possible recovery of general and professional ability, quality of life, conducted in medical and spa facilities

Secondary medical and social rehabilitation aimed at restoring the residual disability and vocational guidance, by taking into account the existing constraints. And also the creation of organizational, technical, health-care, including hygiene, ergonomics, medical control and other conditions for the use of residual disability.

However, the current legal and regulatory framework on medical and social rehabilitation in Russia requires further development and defines the problems of rehabilitation of patients with occupational diseases and injuries at workplace. Social rehabilitation is partially financed by social insurance in accordance with Federal Law 125 "On mandatory social insurance against industrial accidents and occupational diseases" (basically it is the consequences of work-related injuries, rehabilitation treatment provided by a limited number of spa facilities, authorized by the Social Insurance Fund of the Russian Federation).

The analysis suggests the need to develop model clinical protocols of group and individual medical and social rehabilitation. In this case, effects of major damaging factors and the most affected organs and systems must be taken into account with algorithms of rehabilitation. That is, some combination of techniques, the volume and consistency of ongoing remedial activities at various stages of rehabilitation (outpatient, hospital, sanatorium). Lists of professionals involved in conducting this study, medical equipment and devices which are allowed to use therapeutic techniques, should also be included in standard clinical protocol. Doctor and specialist of medical and social expert commission should have a right to develop the specific individual and group

rehabilitation programs in the light of model protocols and specific situation.

Also required the development of criteria for effectiveness of rehabilitation and calculation the cost of the course of rehabilitation measures that will identify resource requirements and procedure for implementation and funding of rehabilitation programs.

These approaches are implemented in developing and implementing system of medical and social rehabilitation of patients with occupational diseases of the musculoskeletal system. The choice of this direction due to the fact that inflammatory and degenerative diseases of the musculoskeletal system are prone to chronic, steady progression, leading to a sharp deterioration in the quality of life, loss of general and vocational disability.

Over the past 5 years in Russia the number of persons with disabilities were first recognized in connection with diseases of the musculoskeletal system, including professional, has more than 20%.

Number of disabled for this reason, annually taking place in the organs of re-examination of medical and social expertise to 2-2,5 times higher than the number of people receiving disability for the first time. Degenerative diseases of joints and spine suffer from 10 to 15% of the inhabitants of the earth.

According to the list of occupational diseases [3], adopted in Russia, the occupational diseases of musculoskeletal system are sciatica, radiculopathy, vegetopolinevritis, periarthrosis, deforming osteoarthritis, miofibrosis, tendovaginitis etc. The most dangerous industries are mining, agriculture, transport, construction and others.

In our opinion, primary health-social rehabilitation includes measures to reduce the negative impact of unfavorable factors and enhance adaptation and reserve capacity of the organism, leading to a general health-improving effect and the restoration of health. [2] Therapeutic activities in primary health and social rehabilitation must be applied practically to all persons working in high-risk conditions. Such activities may include all those that reduce the negative impact of unfavorable factors and enhance adaptation and reserve capabilities of the organism, lead to a general health-improving effect and restore functionality. First of all it is:

- Establishment of optimal conditions for rest and remove fatigue in between shifts and holiday time;
- Conduct comprehensive endo-ecological rehabilitation;
- The use of different complexing agents to facilitate the removal of harmful substances from the body;
- Use of vitamin, minerals, dietary supplements, promoting the normalization of metabolic processes in the body of workers;
- Implementation of a rational nutrition,(if it is necessary, additional and (or) medical nutrition) and drinking water treatment;
- Conducting general health or specific physiological spa and health physical methods, including at the workplace;
- Reduce stressful body burden and the implementation of relaxation;

The secondary health care and social rehabilitation can include all measures to restore the lost functions of the body worker (particularly the most affected organs and systems), social and other adaptations to the new quality-adjusted life encountered limitations. In addition to the above measures we can also include:

- Different types of restrictions on negative factors and the labor process;
- Regular check-up of sick and injured at work, the dynamics of their health;

All kinds of specific and nonspecific course of treatment, including medication, physiotherapy, spa-therapy and other treatments, aimed at the regeneration of damaged tissues, the possible recovery of general and professional ability, quality of life, conducted in medical and spa facilities

Secondary medical and social rehabilitation aimed at restoring the residual disability and vocational guidance, by taking into account the existing constraints. And also the creation of organizational, technical, health-care, including hygiene, ergonomics, medical control and other conditions for the use of residual disability.

However, the current legal and regulatory framework on medical and social rehabilitation in Russia requires further development and defines the problems of rehabilitation of patients with occupational diseases and injuries at workplace. Social rehabilitation is partially financed by social insurance in accordance with Federal Law 125 "On mandatory social insurance against industrial accidents and occupational diseases" (basically it is the consequences of work-related injuries, rehabilitation treatment provided by a limited number of spa facilities, authorized by the Social Insurance Fund of the Russian Federation).

The analysis suggests the need to develop model clinical protocols of group and individual medical and social rehabilitation. In this case, effects of major damaging factors and the most affected organs and systems must be taken into account with algorithms of rehabilitation. That is, some combination of techniques, the volume and consistency of ongoing remedial activities at various stages of rehabilitation (outpatient, hospital, sanatorium). Lists of professionals involved in conducting this study, medical equipment and devices which are allowed to use therapeutic techniques, should also be included in standard clinical protocol. Doctor and specialist of medical and social expert commission should have a right to develop the specific individual and group rehabilitation programs in the light of model protocols and specific situation.

Also required the development of criteria for effectiveness of rehabilitation and calculation the cost of the course of rehabilitation measures that will identify resource requirements and procedure for implementation and funding of rehabilitation programs.

These approaches are implemented in developing and implementing system of medical and social rehabilitation of patients with occupational diseases of the musculoskeletal system. The choice of this direction due to the fact that inflammatory and degenerative diseases of the musculoskeletal system are prone to chronic, steady progression, leading to a sharp deterioration in the quality of life, loss of general and vocational disability.

Over the past 5 years in Russia the number of persons with disabilities were first recognized in connection with diseases of the musculoskeletal system, including professional, has more than 20%.

Number of disabled for this reason, annually taking place in the organs of re-examination of medical and social expertise to 2-2,5 times higher than the number of people receiving disability for the first time. Degenerative diseases of joints and spine suffer from 10 to 15% of the inhabitants of the earth.

According to the list of occupational diseases [3], adopted in Russia, the occupational diseases of musculoskeletal system are sciatica, radiculopathy, vegetopolinevritis,

periarthrosis, deforming osteoarthritis, miofibrosis, tendovaginitis etc. The most dangerous industries are mining, agriculture, transport, construction and others.

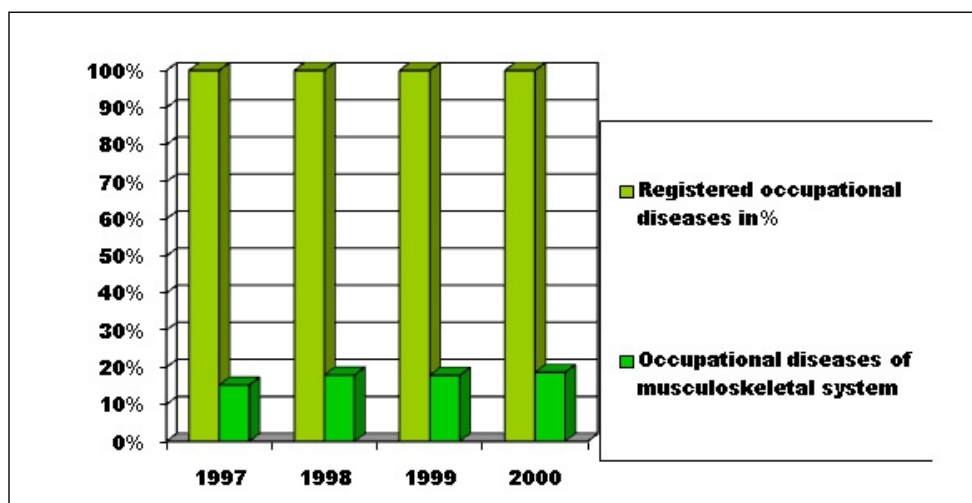


Chart. Proportion of diseases of musculoskeletal system in the general structure of occupational diseases in the Russian Federation

In our opinion the program of medical and social rehabilitation involves the development of the algorithms work. These algorithms model of group and individual rehabilitation programs should include methods of rehabilitation (Medication, physiotherapy, balneotherapy, peloidoterapevticheskie, massage, therapeutic exercise, manual therapy, reflexology, etc.); sequence of their application; volumes (exchange procedures); stages of rehabilitation - outpatient, hospital, health resort.

There were observations of progress and results of the rehabilitation process of 4,5 thousand patients with professional and vocational-conditioned diseases of musculoskeletal system in conjunction with specialists of sanatorium. Kirov Pyatigorsk. They helped to develop the most effective rehabilitation packages for various pathologies [1]. For example, in osteoarthritis the most effective combination of stretching techniques in combination with pelotherapy and mineral baths. And in the early stages of the disease are most effective radon baths, and at later stages - hydrogen sulfide.

Also developed criteria for the effectiveness of sanatorium rehabilitation of diseases of the musculoskeletal system, including the objective, which include reducing the degree of activity of the process, the increase in traffic volume in the joints, increase blood flow according to rheovasography; and subjective - reducing pain, improving overall health.

Taking into account the applicable procedures in accordance with the above criteria, the total and potentiates the effect of applied techniques helped improve the general condition and a partial recovery of motor function in 96.7%.

The proposed approaches can be applied to the development of group programs of medical and social rehabilitation in other diseases, based on these GPs can develop individual rehabilitation programs, taking into account any risks to health.

Conclusion

Systematization of approaches to social and medical rehabilitation workers and injured at work, development and implementation of specialized programs and

algorithms for rehabilitation has a significant positive impact on maintaining and improving the health and disability workers. For the successful implementation of the proposed approaches is necessary to improve the regulatory framework of health and the development of rehabilitation programs for the key fields of pathology.

List of References:

1. Izmerov NF Skvirskaya GP, Seregina IF, Buchko, LA Modern trends in medical rehabilitation of patients with occupational diseases of the musculoskeletal system. Collected materials of the Russian-American seminar on "Musculoskeletal disorders among workers leading industries" M., 2003, p. 6-9.
2. Skvirskaya GP, Seregina IF Medico-social rehabilitation workers and injured at work. Balneology and spa industry M. 2004 p. 18-24.
3. List of occupational diseases. Order of the Ministry of Health of RF on March 14, 1996 N 90 "On the order of preliminary and periodic examinations and health regulations for admission to the profession. M. 1996

РЕЗЮМЕ

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РАБОТНИКОВ ПОЛУЧИВШИЕ РАНЕНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ НА РАБОТЕ

Сквирская Г.П.

В статье рассматриваются основные подходы к формированию и совершенствованию деятельности по реабилитации работающих и пострадавших на производстве. Освещены вопросы организации первичной и вторичной реабилитации, представлен опыт разработки и реализации программ реабилитации пациентов с профессиональными и профессионально-обусловленными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, разработки и применения критериев эффективности, предложены подходы к совершенствованию указанной деятельности.

SUMMARY

MEDICAL-SOCIAL REHABILITATION OF EMPLOYEES INJURED AND DAMAGED AT WORK

Skvirskaya G.P.

The article discusses the main approaches to the formation and improvement of the activities in rehabilitation of the employees and those who suffered at the workplace. Were described the questions of the organization of primary and secondary rehabilitation, was presented the experience of developing and implementing programs for the rehabilitation of patients with occupational and professionally induced diseases of musculoskeletal system; of the development and use of efficiency criteria; were proposed approaches to improve the above mentioned activities.

УДК: 616-009.26-053.2:615.478.3

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОГО ТРЕНАЖЕРА «ЛЕСТНИЦА–БРУСЬЯ DST 8000» У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

*Булекбаева Ш.А., Медетбекова Ж.А., Конкулов К.К., Вебер Ю.В.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана.*

Ключевые слова: ДЦП, двигательные нарушения, реабилитация, лестница брусья, многофункциональный динамический тренажер.

Актуальность. Заболевания нервной системы являются сложными, отличаются тяжелым течением и часто осложняются стойкими двигательными нарушениями, изучение которых является не только актуальным, но и значимым для реабилитации. Как только выявляются неврологические нарушения, необходимо начинать лечебные и реабилитационные мероприятия. Поэтому применение инновационных методов восстановления двигательных функций у лиц с заболеваниями нервной системы являются важной составной частью их реабилитации [1,2,4].

«Лестница-брусья» - прогрессивное инновационное оборудование для реабилитации нижних конечностей, сочетает в себе лестницу и брусья (с регулировкой по высоте и ширине) и позволяет производить функциональную реабилитацию путем тренировки в ходьбе и подъеме по лестнице. Уникальность этого революционного тренажера заключается в ступенях с изменяемой высотой. Динамический тренажер предназначен для пациентов, не способных подниматься по лестнице, и разработан для того, чтобы пациент мог вновь обрести навыки восхождения по ступенькам, восстановить подвижность и независимость. Тренажер состоит из четырех ступенек, высота которых может быть отрегулирована с помощью пульта от 0 до 16см, также оборудован параллельными брусьями с обеих сторон с возможностью изменения высоты. Устройство ускоряет восстановление двигательных функций, упрощает анализ динамики лечения, повышает мотивацию пациентов [3,5].

Цель исследования: Оценка эффективности динамического тренажера «лестница–брусья DST 8000» у детей с различными двигательными нарушениями при неврологических заболеваниях за 10 месяцев 2014 г. в АО «РДРЦ» г. Астана.

Материал и методы исследования. Обследовано и пролечено 205 детей с различными неврологическими заболеваниями в возрасте от 4 до 18 лет с января по октябрь 2014 г.

Всем детям проводились неврологический осмотр, консультация ортезиста, врача ЛФК, оценка по международным шкалам GMFS, Эшварта, гониометрия с определением высоты шага. Дети распределились по следующим нозологиям: ДЦП – 192 ребенка (93,6%), ЧМТ - 4 человека (2%), последствия нейроинфекции-3 ребенка (1,5%), последствия травмы спинного мозга - 5 детей (2,4%), спинномозговая грыжа- 1 пациент (0,5%).

Дети получили следующие виды реабилитации:

1. 100% детей посещали занятия лечебной физкультурой с кинезиотерапией, индивидуально с учетом тяжести неврологического статуса и двигательных нарушений.
2. Всем детям, имеющим двигательный дефицит при поступлении, определялись гониометрические показатели, высота шага, проводились ортопедические тесты, оценивалось двигательное развитие по международным шкалам GMFS, Эшварта.
3. Инструктор работал на многофункциональном динамическом тренажере «лестница - брусья» индивидуально с каждым ребенком, обучая навыкам восхождения по ступенькам. Дети начинали занятия в «щадящем» режиме с постепенным увеличением нагрузки. По ходу занятия инструктор, индивидуально настроив высоту оборудования для каждого пациента, помогал преодолеть психологический барьер «первого шага» и обучал детей приобретению навыков самообслуживания, восстановлению подвижности в суставах и приобретению независимости.

Средняя длительность занятий: 8 дней.

Результаты. По результатам проделанных тренингов дети разделились на следующие группы: 1-ю группу составили 45 детей (22%), высота шага у них при поступлении составила 5 см и начальная высота шага при подъеме по «лестнице-брусья» - 4 см, в конце лечения - 6-8 см.

Во 2-й группе - 78 детей (38%), у которых высота шага при поступлении составила 7 см, на динамическом тренажере 6 см, при выписке - 8-10 см. В 1-2 группах установка стоп у детей была плосковальгусная, стопы ротированы вовнутрь или кнаружи, дети передвигались с поддержкой на небольшое расстояние. 3-ю группу составили 49 детей (24%). У них начальная высота шага составила 8 см, в конце тренингов - 10-12 см. В 4-й группе находились 33 ребенка (16%). Высота шага в среднем при поступлении составила 10-12 см, при выписке 14-16,5 см. В 3-4 группах - часть детей передвигались самостоятельно с оборудованием, а часть детей самостоятельно, но с нарушением походки. Стопы детей также имели плосковальгусную деформацию, но по сравнению с 1 и 2 группами менее ротированы вовнутрь или кнаружи.

Таким образом, после проведенных занятий на инновационном оборудовании для реабилитации нижних конечностей «лестница-брусья» отмечена положительная динамика в бытовой адаптации: увеличилась высота шага в 1-2 группах от 4 см до 10 см, а в 3-4 группах от 8 до 16,5 см, у детей появилась мотивация к приобретению навыков самообслуживания при подъеме и спуске по лестнице, увеличилось количество детей, преодолевших или частично преодолевших зависимость от посторонней помощи. После лечения у детей улучшилась мышечная сила, эластичность в суставах, увеличился объем движений, улучшилось восстановление двигательных функций. Пациенты, обученные нашим специалистом, получили хорошую возможность непрерывно продолжать реабилитацию.

Литература:

1. Справочник Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр МКБ-10, Женева,- 2003г.
2. Белова А.Н. Нейрореабилитация.- М, 2003.- 734 с.
3. Витензон А.С., Миронов Е.М., Петрушанская К.А., Скоблин А.А. Искусственная коррекция движений при патологической ходьбе. - М.: 000 «Зеркало», -1999.
4. Семенова К.А. Детский церебральный паралич (патогенез, клиника, лечение). Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича. Сборник научных трудов.- М., -1991; с. 3-6.
5. "Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации": Руководство для врачей.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОГО ТРЕНАЖЕРА «ЛЕСТНИЦА–БРУСЬЯ DST 8000» У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Булекбаева Ш.А., Медетбекова Ж.А, Конкулов К.К., Вебер Ю.В.

Заболевания нервной системы являются сложными, отличаются тяжелым течением и часто осложняются стойкими двигательными нарушениями, изучение которых является не только актуальным, но и значимым для реабилитации. Были обследованы и пролечены в реабилитационном центре 205 детей с различными неврологическими заболеваниями в возрасте от 4 до 18 лет. Отмечается положительная динамика в бытовой адаптации: увеличилась высота шага от 4 см до 16,5 см, у детей появилась мотивация к приобретению навыков самообслуживания при подъеме и спуске по лестнице, увеличилось количество детей, преодолевших или частично преодолевших зависимость от посторонней помощи.

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚИМЫЛ-ҚОЗҒАЛЫСЫ БҰЗЫЛҒАН ӘР ТҮРЛІ НЕРВ ЖҮЙКЕ АУРУЛАРЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ДИНАМИКАЛЫҚ DST 8000 «БАСПАЛДАҚ-БРУСЬЯ» ТРЕНАЖЕРЫНДА ЖАСАҒАН ЖАТТЫҒУЛАРЫНЫҢ НӘТИЖЕСІ

Булекбаева Ш.А., Медетбекова Ж.А, Конкулов К.К., Вебер Ю.В.

Нерв жүйке аурулары күрделі, ауыр ағымдағы айырмашылығымен қатар, жиі қимыл-қозғалыс бұзылыстарымен асқынады. Бұл өзекті жайттың оңалту шараларында маңызы зор. Оңалту орталығында 205 бала 4-18 жас аралығында әр

түрлі нерв жүйке ауруларымен зерттеулерден өтіп, емдер қабылдады. Емдеу барысында жақсы нәтижелер байқалды. Балалардың жасаған қадамы 4 см 16,5 см дейін ұлғайды, өзін-өзіне қызмет көрсетуі жақсарды. Балалардың баспалдақтан түсіп – көтерілу кедергілерін азайтып, мақсатқа жеткен балалар саны ұлғайды.

SUMMARY

ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF THE “DST 8000 LESTNITSA-BRUSYA” DYNAMIC EXERCISE MACHINE AT CHILDREN WITH VARIOUS MOTIVE VIOLATIONS

Bulekbayeva Sh.A., Medetbekova Zh.A., Konkulov K.K., Weber Yu.V.

Diseases of nervous system are difficult, differ in a heavy current and often are complicated by permanent motive violations which studying is not only actual, but also significant for rehabilitation. Were surveyed and treated in the rehabilitation center of 205 children with various neurologic diseases aged from 4 till 18 years during. Positive dynamics in household adaptation is noted: step height from 4 cm increased to 16,5 cm, children had a motivation to acquisition of skills of self-service at rise and descent on a ladder, the number of the children who overcame or partially overcame dependence on assistance increased.

УДК: 615.47

RGO – РЕЦИПРОКТЫ АППАРАТТЫ ҚОЛДАНУ

*Бүлекбаева Ш.А., Сейсембеков Т.А.,
Мухаметжанов Б.Ж., Нұрғыдыров Т.К., Бердиев Т.С.
«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ*

Түйінді сөздер: рециктропты аппарат, вертикализациялау, роботтық реципрокты аппараттың құрылымы, технологиялық бағыт және өңдеу, баланың жүру қабілетін арттыру.

RGO - рециктропты аппаратпен қолдану АҚШ - та және Англияда жиі тағайындалады. Украинада оқуда болған кезде, Харьков қаласындағы Украина НИИ протездеуімен ХНУРЭ -де рециктропты аппараттың технологиялық дайындауын үйрендік. Ендігі мақсатсол бағытты алға қою болды. RGO-ның негізгі бағыты - баланың жүру қабілеттілігін арттыру.

Рециктропты аппараттың технологиялық дайындау бағыты:

Алғашқы кезде біз баланың дайындығын тексеруіміз керек. Дайындау және өлшем алу.

Вертикализация(тігінен тұру):

1 этап – (пассивті вертикализация) жайлап тұрғызу.

2 этап – Балансировка. Пациенттің нық тұруы және тепе-теңдігін ұстай білуі.

Ол үшін алдымен тұрғызу үшін ортез керек (тройник) тізе бөлігінің шарниры бар ортез.

3 этап – жүру этаптары.

Өлшем алу:

1. Баланы қарау, тексеру.

Дене құрылысын, кеуде, аяғын, тізе бөлігін тексеріп шығу. Тізе бөлігінің бүгілуін, жазылуын қарап шығу.

2. Аяқтың өлшемін алу.

Табаннан бастап жамбас ұршығына дейінгі ұзындығын өлшеу және белгілеу. Тізенің қақпақ бөлігін белгілеу. Тізенің бүгілуін тексеру және бүгілудің ортаңғы жерін белгілеу.

Ортездің дұрыс болуы үшін, аяқтың ішкі және сыртқы жағының ұзындығының өлшемі керек.

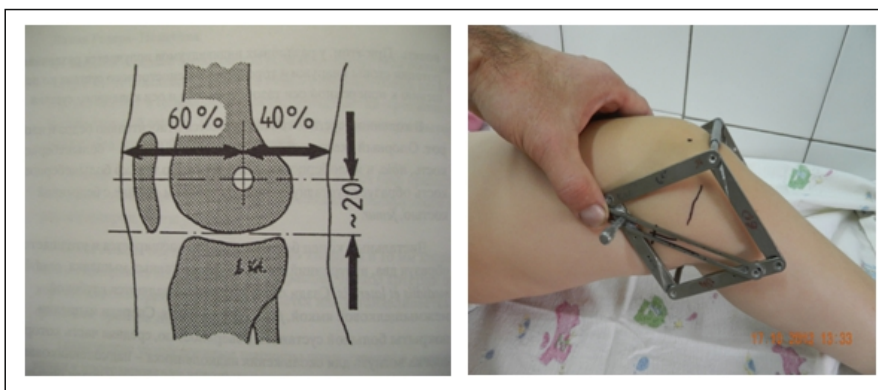
Тобықтың медиалды және латериалды биіктігінің өлшемін алып, оны белгілейміз.

- Табанның ұзындығы мен енінің өлшемін аламыз. Башайдың бүгілетін жерін белгілейміз.

- Жамбас бөлігін белгілеу (вертель). Дене көлемінің ұзындығын және енінің өлшемін аламыз. Қолтық, қабырғаның астыңғы жағы белгіленеді.

Жазықтық	Фронталь	Сагитальдық	Көлденең
Шарнир Жамбас	Еденге көлденең және жанама	Биіктігі: Жамбастың (Вертель) жоғарғы ұшы. A.R орналасуы бір жолақта-көлденең шұңқырда Розер-Нелатон	Тізеге жанама
Тізе	Еденге күлденең және жанама	Биіктігі: Буынның жоғары сақылауы 2025 мм орналасуы. A.R 60% тен 40 % (алдынан, артынан)	Тізенің бөгілуі кезіндегі 90градуска тең жазықтықта фронтальдық жанама түрі.
Тобық- буынды	Еденге көлденең және жанама	Биіктігі: Тобық буынның медиальдық дистальды шыңы. A.R тобықтың ішкі және сыртқы биіктік шыңы.	Тобық буынның сыртқы бұрышы ротациясына байланысты сыртқа қарай бұрылған.
Аяқтың Башпайы	Еденге көлденең және жанама	Медиалды (ішкі) үлкен башпайға проксималъ дық буынына 15 мм сыртқы саңылау. Латериалды (сыртқы) саңылаудан кейін кішкене башпайға проксималдық буыны	Тізе буынның жанама осі.

3. Тізенің қимылы арқылы нүктенің ауытқуын тексеру.



Тізе бөлігі оснің айырмашылығы тізе қақпақ бөлігінен есептегенде 60 %- алдыңғы бөлік, қалғаны 40%- тақым бөлігіне жатады. Тізе бөлігінің нақты нүктесін табу үшін суреттегі көрсетілген штангенциркульді қолдануға болады. Ол үшін тізенің тең ортасын белгілеп, штангенциркульді қойып тізенің жазылу және бүгілу кезіндегі ауытқуын бақылап белгілеу керек.

Нүктенің ауытқуы баланың; – 1,5см, ересектің – 2см-ге дейін болады.

- Табанынан сыртқы тізе жағы бөлігіне дейін (латераль) өлшеніледі.
- Тізе бөлігінен жамбастың (вертельдің) бүгілу бөлігіне дейін өлшенеді.
- Тобық осінен табанға дейін өлшенеді.

Осы тәртіп бойынша аяқтың ішкі жағын өлшеп, карточкаға тіркеп отырылады. Өлшеуде штанген циркулі қолданылады, аяқтың сан, тізе, балтыр, тобық және табанды өлшеу керек.

– Өлшемі маркермен белгіленеді. Гипспен орап қалпын алады, алдымен екі аяқтың қалпы алынады, содан кейін дене корсетін алуы керек.



Дене корсетін алу үшін алдымен өлшеу керек;

- Жамбас өлшемі (вертель),
- Бел (талия) өлшемі,
- Кеуде тұсының өлшемі.

Корсеттің ұзындығының өлшемін алу (қолтықтан жамбасқа дейін): Кеудені орап маркермен белгілейміз (қабырғаның астыңғы жағын, кіндік жамбастың үстіңгі жағы).

Кеуде корсетін гипстік бинтпен орап қалпын аламыз, қалыпты жатқан күйі алады (кеудесінен, арқасынан).

Гипстік бинттің көлемі 15-20 см, 6-7 қабат болу керек.

Жота жағының қалпын алғанда лордоз пайда болмас үшін, кеуде жағын төсекте қалтырып, аяқ жағын орындыққа тізерлетіп жатқызады.

Кеуде қалыппен жота жағының қалпын біріктіреді, жамбастың нүктесі арқылы екеуін қосады.

Гипсті езіп қалыпқа құйып және өңдеу;

Гипсті құймас бұрын белгіленген жерін анықтап сызып аламыз (тобық, тізе бөлігі, жамбас, кеуде).



Гипсті құямыз. Қалыпты шешіп аламыз. Белгіленген жерін анықтап, тексеріп көреміз. Алдымен аяқ бөлігін жасап алуымыз керек.

Аяқтың тізе және тобық бөлігіне екі жағынан шеге қағылып (0,5см) қойылады. Өңдеу барысы тәжірбе арқылы көрсетіледі. Алдымен кедір бұдыр жерлерін тегістеп жонып шығамыз. Берілген өлшем бойынша тобықтың екі жағына – 0,5мм қосылу керек. Сондықтан қағылған шегенің басына дейін гипспен толтырылады. Өндеген кезде біз шегенің басына бағдар жасаймыз. Өндеу барысында ең көп көңіл бөлетін жер тізе бөлігі. Тізеге берілген бел ортасына шеге қағылған. Шегенің тіздегі көлемі – 0,7мм тең. Шарнир тұратын жерге алаңша дайындаймыз. Бұл алаңшаның ұзындығы шарнирдің құралының көлеміне байланысты, балтырдың 3\1 бөлігінен бастап санның орта бөлігіне дейін аралық болады.

Дене корсетін дайындау және құю: Қалыптың белгілерін маркермен сызып анықтаймыз (жамбас, кеуде). Гипсті құямыз.

Өндеу барысы: Дененің корсетінің позитивін қалыптан шығарып алғанан кейін, біз оны тексеріп өлшеп шығамыз. Берілген сызықтарын және белгілерін анықтап бастырып шығамыз. Белгілеген жерге жамбас сүйегінің шығыршығының (вертель) ортасын белгілеп шеге қағып қоямыз. Шегенің жамбастағы көлемі – 0,7мм тең.

Өңделген гипстік (позитив) кескінді қарастырамыз.

– Қайтадан өлшеу,

– Белгілеген сызықтарын анықтау,

– Лазермен анықтау, штативті қолдану.

Белгілеген жерін сызықтар арқылы өлшеп, сызып шығамыз.



Тізе бөлігі - тізе шарнирінің орналасуы, өлшеу.

Тобық бөлігі - өлшемін алу, анықтап белгілеп шығу.

Лазердің көмегі арқылы берілген нүктелерді сызып шығу керек.

Көлденең (объем) тізе бөлігі, тобық бөлігі.

Кескіннің әр-жерінен ұзына бойы сызба жүргізу керек. Сызық кескіннің 90 градуста белгіленеді. Сызбаны тәжірибеде көрсетіледі.

Тізе бөлігінің шарнирінің орналасуы: Дайын болған кескіннің (позитивтің) тізе бөлігіне шарнирдің орнын өлшем бойынша қоямыз. Шарнир табан және балтыр бөлігіне 90 градустық сызықтың бөлігіне қойылады. Берілген сызба бойынша шарнирдің бүгілетін жерін 0,5 см саңылау қалу керек. Шарнирдің төменгі бөлігін пластиктің астында қалу керек. Саңылау 0,5 см көтеріледі. Біз шарнирді позитивтің сырт жағынан орналастыруымыз керек, ал ішкі жағына пластиктен шарнир орнатамыз.

Шарнирді орналастыру.

Тізе буынының бүгілу және жазылу кезіндегі шарнир нүктесінің ауытқуы.

- Балалар – 1,5 см.
- Ересектер – 2 см. Шарнирді позитивтің көлеміне сәйкестеп орнатамыз. Шарнир



жақсы қозғалу үшін, арасын 0,7 см көтеріп майыстырып келтіру керек. Темірді ию үшін арнайы кілт арқылы іске асады.

Пластикпен жұмыс. (Полипропилен)

Біз 5 мм-4 мм пластикті қолданамыз. Балқыту мерзімі 220-250 градус көлемі.

Пластикті кигізіп болғаннан кейін, тізе бөлігін сызба бойынша кесіп алуымыз керек. Ішкі пластик шарнирінің формасы: Біз аяқтың көлеміне байланысты пластиктен шарнирын реттеп алуымыз керек. Иілген темір шарнирының ең керекті жері бүгілу және жазылу механизмі.

- Көлемге байланысты тізе бұрышының арақашықтығы белгіленеді.

- Тізе қақпақ бұрышының ұзындығын алу керек.

Өлшем бойынша аппараттың ішкі және сыртқы шарнирлерін орнату өте күрделі болып саналады. Ішкі шарнирды орнату кезінде, өлшем мен сызбаны қолдану керек. Берілген өлшем бойынша кесіп, өңдеп шығамыз.

Аппараттың аяқ жағын толық жинап шығуымыз керек.

- Орнатылған шарнир толық бүгіліп және жазылу керек.

- Шарнир орнатылғаннан кейін, лазердің көмегімен тексеруіміз керек.

RGO-ның кеуде корсетін өңдеу және құрастыру.

Берілген өлшем бойынша біз кеуде позитивіне балқытылған пластикті кигіземіз.

Кигізу барысында көңіл бөлетін жағдай:

- Позитивке балқытылған пластикті бір қырына келтіріп кигізуіміз керек.

Өйткені корсет екі жақты болып келеді. Корсеттің арқалығы дененің арқа жағын, дененің тұтас бөлігін ұстап тұрады. Алдыңғы жағы қақпақ ретінде кеудені ұстап тұрады. Позитивке киілген пластикті тіліп босатып аламыз да, оны өңдейміз. Өңделген кеуде корсетіне берілген өлшем арқылы лазердің көмегімен белгілейміз. Берілген өлшем арқылы корсеттің бел тұсына осьтік механизм орнатылады. Механизмның орнататын орны корсеттің бел тұсы, шарнирының осы жамбас сүйегінің ұршығына (вертель) сәйкес келу керек. Шарнирдің осьтік тұсы адамның қозғалуы, яғни бүгіліп жазылуына байланысты 2см-ге дейін ауытқуы мүмкін.



Механизмді орнату үшін темір сегментін, корсеттің көлеміне байланысты иіу керек. Темірді иіуге арналған кілтті қолданғанымыз жөн.

Дене корсетінің механизмді орнатқан кездегі көңіл бөлетін жерлері:

- Жамбас (вертель)
- Бел тұсы
- Механизм мен дене корсеттің арасындағы саңылаудың арақашықтығы. Саңылаудың көлемі – 1см.

Дене корсетіне бастапқы механизмді орнату реті:

- механизмнің бел бөлігін иіу
- механизмнің ішкі арақашықтықтың өлшемін алу
- орналасатын орнын белгілеу

RGO – аппараттың механизмін толық жинау.

-аппараттың аяқ бөлігінен бастап шарнир арқылы, бел бөлігінің механизмін біріктіріп қосуымыз керек.

-аппарат толық жиналғаннан кейін біз оны лазермен өлшеп көруіміз керек.

Дайын болған аппаратты өлшеп, қалай жүруін тексеру арқылы реттеу керек.



Әдебиеттер:

1. Салеева А. Д., Шевченко С. Д., Чернышева И. Н., Баев П.А., Борисов М.А. Ортопедические аспекты применения рециктропного ортеза в реабилитаций детей с неврологическими заболеваниями. Украина, Харьков, 2010.
2. Чернышева И.Н. Особенности ортизирования детей с нервно –мышечными

- заболеваниями./ Ортопедия, травматология и протезирование, Украина , Харьков 2010 г.
3. Белова А.Н. Нейрореабилитация. - М.: Антидор, 2003. - 734 с.
 4. Довгань В.И., Темкин И.Б. Механотерапия.- М.: Медицина, 1982.-126 с.

ТҮЙІНДЕМЕ

RGO – РЕЦИПРОКТЫ АППАРАТТЫ ҚОЛДАНУ

*Бүлекбаева Ш.А., Сейсембеков Т.А., Мухаметжанов Б.Ж.,
Нұрғыдыров Т.К., Бердиев Т.С.*

Алдағы уақытта осындай күрделі аппараттар мен ортездер жасауымыз керек. Бұл аппарат балалардың дұрыс жүріп тұруына көп септігін тигізеді. RGO – Рециптрокті аппаратты дайындау арқасында балаларды оңалту саласында үлкен технологиялық жетістікке жетуіміз тиіс.

РЕЗЮМЕ

ПРИМЕНЕНИЕ RGO – РЕЦИПРОКНОГО АППАРАТА

*Бүлекбаева Ш.А., Сейсембеков Т.А., Мухаметжанов Б.Ж.,
Нұрғыдыров Т.К., Бердиев Т.С.*

В дальнейшем собираемся приготовить таких сложных аппаратов и ортезов. Этот аппарат содействует правильному хождению детей. Благодаря приготовлению RGO – рекциктропноаппарата должны достичь большого технологического достижения в отрасли детской реабилитатологии.

SUMMARY

APPLICATION OF RGO – THE RECIPROCAL DEVICE

*Bulekbayeva Sh.A., Seysembekov T.A., Mukhametzhonov B.Zh.,
Nurdydyrov T.K., Berdiyev T.S.*

Further are going to prepare such difficult devices and orthoses. This device promotes the correct circulation of children. Thanks to preparation of RGO – the rektsiktropny device have to reach big technological achievement in branch of a children's reabilitatologiya.

ФИЗИОЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

Айткулова М.Б., Абдиева А.К., Уакбаева Ж.М.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г.Астана

Ключевые слова: физиотерапия, лазеротерапия, дети, реабилитация, невропатия лицевого нерва.

Актуальность. Невриты (невропатии) лицевого нерва (паралич Белла, прозопоплегия) у детей, особенно школьного возраста, встречаются наиболее часто. Частота поражений связана со сложным анатомическим ходом нерва, особенностями его кровоснабжения и взаимоотношением с соседними образованиями. Причиной возникновения невропатии лицевого нерва обычно являются инфекции (вирусы Коксаки, ЕСНО, простого герпеса, эпидемического паротита и др.) или сдавление нерва при воспалительных процессах в окружающих тканях (при паротите, лимфадените, отите). Особенно часто поражается нерв в узком и извилистом лицевом канале. Невропатии лицевого нерва (НЛН) составляют более 90% среди всех моновропатий, встречающихся в детском возрасте [1,2].

Поиск эффективных методов лечения и реабилитации периферической невропатии лицевого нерва, несмотря на многочисленные исследования, остается актуальным.

Идиопатическая форма невропатии лицевого нерва у детей встречается в 90% случаев всех форм заболевания. В 20% случаев среди идиопатической невропатии лицевого нерва выявлена реактивация вируса простого герпеса первого типа [5]. Физиотерапию неврита лицевого нерва у детей проводят под контролем электродиагностики. Применение электростимуляции и низкоинтенсивного лазерного излучения (с длинами волн 0,89 мкм, 0,67 мкм и 0,63 мкм) в традиционных схемах комплексного лечения больных с острым и хроническим средним отитом, осложненным периферическим парезом лицевого нерва, значительно повышает эффективность лечения и способствует более быстрому и полному восстановлению нарушенных функций, как со стороны среднего уха, так и мимических мышц [7]. Применение электростимуляции (ЭС) позволяет восполнить функциональный дефицит внутрисегментарной рефлекторной импульсации, улучшает трофику и повышает мощность сокращения мышц, активность нервно-мышечных веретен, а также активизирует микроциркуляцию и метаболизм в мышечной ткани и стволах периферических нервов [5].

Эффективность применения лечения электростимуляцией составляет 91,5%. Отдаленные результаты комплексного лечения показали, что у большинства (53,8%) пациентов, выписанных с дефицитом функции лицевого нерва, объем движений мимической мускулатуры восстановился полностью в течение 1-3 месяцев. Было доказано, что электростимуляция парными импульсами ускоряет регенерацию нервных волокон и способствует реиннервации мышц у больных с поражением

периферических нервов. Применение разработанных методик позволяет повысить общую эффективность терапии, сократить сроки реабилитации у больных с периферическими невропатиями лицевого нерва [6].

В последние десятилетия возрастает внимание клиницистов к перспективному лечебному методу - лазерной терапии. Лазерная терапия широко используется при ряде заболеваний нервной системы. Было пролечено 87 пациентов с невритом лицевого нерва с включением процедуры инфракрасной лазерной акупунктуры [1,7].

Материалы и методы исследования: В АО «РДРЦ» за 2012-2014 годы пролечено в отделении физиотерапия 28 пациентов с НЛН. Проводилось электростимуляция и воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением на пораженный лицевой нерв.

Результаты и обсуждения. Методы электротерапии должны назначаться осторожно адекватными методиками с целью предупреждения развития контрактур лицевой мускулатуры. Лечение острого периода проводят в стационаре.

Высокая чувствительность лицевого нерва к воздействию внешних факторов обусловлена анатомическим своеобразием расположения в узком фаллопиевом канале и особенностями кровоснабжения. Тот или иной этиологический фактор вызывает нарушение сосудистого тонуса с склонностью к спазмам в системе наружной сонной или позвоночной артерии, главным образом артерий ствола лицевого нерва, являющихся концевыми. Спазмы ведут к ишемии ствола нерва с его набуханием. Набухание ствола лицевого нерва приводит к его повреждению («самосдавлению») в узком костном канале [6].

Клиническая картина НЛН у детей отличается преобладанием среднетяжелых и тяжелых форм поражения лицевого нерва и высокой частотой развития болевых феноменов в области лица.

Реабилитационные мероприятия у детей должны включать последовательную лечебную программу с учетом стадии, сроков давности заболевания, выраженности клинических проявлений и быть направлены на предупреждение развития лицевых контрактур и их лечение.

Электро-стимуляционная терапия может вызвать у больных с периферическими невропатиями лицевого нерва появление содружественных движений. В этом случае необходимо сделать перерыв в лечении на 1-2 дня. Курс лечения возобновляют при отсутствии признаков повышенной электро-возбудимости мышц на контрольном электронейромио графическом обследовании.

Были разработаны оптимальные методы восстановительного лечения больных с периферическими невропатиями лицевого нерва с использованием электростимуляции парными импульсами, пелоидотерапии, лечебной гимнастики и ручного массажа, в зависимости от сроков заболевания.

В тяжелых случаях пареза или паралича мимических мышц проводят электростимуляцию по точкам с учетом показателей электродиагностики. При появлении первых признаков контрактуры (подергивание мышц, смещение угла рта в больную сторону, повышенная рефлекторная возбудимость и др.) немедленно прекращают электротерапию и проводят массаж пораженной стороны. В дальнейшем проводят воздействие только на воротниковую зону.

Исход заболевания у детей более благоприятен, чем у взрослых, число осложнений, по данным различных исследователей, может составлять от 5% до 50% [3,4].

Лазеротерапия оказывает противовоспалительный и противоотечный эффекты, улучшает местного кровообращения и нервной трофики. Через 1 месяц после курса электролечения от начала заболевания, применяют парафино-озокеритовые аппликации на пораженную сторону. Грязевые аппликации назначают через два месяца от начала заболевания при тяжелых формах невропатии.

Лазерное облучение пораженного лицевого нерва может проводиться методами прямого и чрезкожного воздействия. Метод чрезкожного воздействия низкоинтенсивным лазерным излучением на пораженный лицевой нерв применяется при консервативном лечении больных с острым наружным и средним отитом, с использованием инфракрасного лазера. Методы прямого воздействия низкоинтенсивным лазерным излучением на пораженный лицевой нерв применяются при хирургическом лечении больных с гнойным средним отитом.

Таким образом, при своевременном лечении симптомы неврита лицевого нерва исчезают бесследно в 80 случаях из 100. В данной статье были показаны разные способы лечения данного заболевания, но максимальной эффективности можно добиться только через комплексную терапию, которая включает в себя все эти методики.

Литература:

1. Скрипченко Н.В., Голяков, Д.А. Невропатии лицевого нерва у детей: клинико-терапевтические аспекты: Сб. материалов первого Балтийского Конгресса по детской неврологии. Санкт-Петербург, 2007. - С. 144-145.
2. Степанченко М.А., Жулев С.Н., Бабанова О.В Невропатии лицевого нерва: диагностика и лечение: Сборник статей IX Всероссийского съезда неврологов. Ярославль, 2006. - С. 289.
3. Aiberton D.L. Zed p.j. Bell's palsy: a review of treatment using antiviral agents //Ann Pharmacother. 2006. - V. 40. - P.1838-1842.
4. On A.Y. Yaltirik H.P., Kirazii y. Agreement between clinical and electromyographic assessments during the course of peripheral facial paralysis// ClinRehabil. 2007.- V. 4 - P. 344-350.
5. Дьякова, В. Н. Новые подходы к лечению периферических невритов лицевого нерва у детей / В. Н. Дьякова // Детская и подростковая реабилитация. 2005.-№1. -С. 61-63.
6. Котешева, И. А. Лечебная физкультура в терапии неврита лицевого нерва/ И. А. Котешева // Качество жизни. Медицина. 2004. - № 4. - С. 71-75.7. Мальченко, О. В. Комплексное лечение чувствительных и двигательных расстройств в области лица и головы, вызванных заболеваниями ЛОР-органов с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения и электростимуляции/Автореферат на соиск. к.м.н.-2004г.-М.-141с.

РЕЗЮМЕ

ФИЗИОЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

Айткулова М.Б., Абдиева А.К., Уакбаева Ж.М.

В данной работе показаны этиологические, патогенетические аспекты невропатии лицевого нерва у детей. Сделан обзор по эффективности современных методов физиотерапии у детей с невропатией лицевого нерва, в частности, электростимуляции и лазеротерапии, согласно литературным источникам авторов ближнего и дальнего зарубежья.

ТҮЙІНДЕМЕ

БАЛАЛАРДАҒЫ БЕТ НЕРВІНІҢ НЕВРОПАТИЯНЫҢ ФИЗИОТЕРАПИЯ ӘДІСТЕРДІ ҚОЛДАНУ

Айткулова М.Б., Абдиева А.К., Уакбаева Ж.М.

Осы мақалада балалардағы бет нервiнiң невропатияның этиологиялық және патогенетикалық механизмдерi көрсетiлген. Осы шолуда кәзiргi уақытта балаларда,ы бет нервiнiң невропатияны емдейтiн және қолданылатын физием әдiстерi көрсетiлген. Дербес жағдайда электростимуляция және лазермен емдеу эффективтiлiгi шетел мәлiметтерi бойынша ақпарат берiлген.

SUMMARY

PHYSIOTHERAPY OF FACIAL NERVE NEUROPATHY IN CHILDREN

Aitkulova M.B., Abdieva A.K., UakbaevaZh.M.

In this paper we show etiological, pathogenetic aspects of facial nerve neuropathy in children. A review on the effectiveness of current methods of physical therapy in children with neuropathy of the facial nerve, in particular, electrical stimulation and laser therapy, according to the authors of literary sources and abroad.

ЕРЕКШЕ БАЛАЛАРҒА БІЛІМ МЕН ТӘРБИЕ БЕРУГЕ ОҢТАЙЛАНДЫРЫЛҒАН ӘДІСТЕМЕЛІК ЖҮЙЕ

Белгибаева Б.Н.

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ

*«Білім алу – батылдық, оны толықтыру
даналық, ал шебер қолдана білу – өнер...
Сондықтан да жастарға басты қиындықтарды
көре білетін, әлеуметтік ақыл – ойға сәтті
кіруге көмектесетін жолбасшы қажет...»*

Моцей Танась.

Республикалық балаларды оңалту орталығы еліміздің түкпір-түкпірінен келген балаларға әр айналым сайын 24 күн әлеуметтік, медициналық, педагогикалық оңалту қызметін көрсетеді. Мүмкіндігі шектеулі балалармен оңалту шараларын жүргізуде әлеуметтік педагогикалық әсер етудің көп қыры бар. Бала денсаулығы әлеуметтік, экономикалық, табиғи және генетикалық факторлардың әсерінен қалыптасады десек, ең маңызды төрт құрамдас бөлік есепке алынады. Олар физикалық, соматикалық, психикалық, рухани тұрғыда дамудың саулығы. Бәрінен де баланың дені сау, көңілді жүргенін көру – бақыт.

«Мүмкіндігі шектеулі» деген ерекше статус. Осы жағдайдағы балада да, адамда да жаңа «Мен» қалып тасады, әрине олардың қоршаған ортаға қарым-қатынасы өзгеше, іштей күресу, іштей қарсылық әр алуан науқас түріне шалдықтырады баршаға мәлім. Орталықтың ерекшелігіне сай дәстүрлі әдістемелік жұмыстан өзгешелеу жаңа технологияларды таңдау, қолдану мүмкіндігі бар ғылыми негіздемеге сай әдістеме үлгісін жасау және жаңа мақсаттар қою мәселесі анықталады.

Әлеуметтік - педагогикалық оңалту бөлімі бұл бағытта ғылыми-әдістемелік жұмысты жетілдіруді таңдайды. Педагогикалық қызмет көрсету үш салаға: түзету педагогикасы (логопедия, дефектология, психология, Монтессори педагогика), әдістемелік бөлімше (музыка терапиясы, еңбек терапиясы, ойын терапиясы, тәрбие қызметі және бөлім педагогтарының әдістеме жұмысы) және РБОО АҚ орта мектебі болып бөлінеді. РБОО АҚ орта мектебі базасында әлеуметтік-педагогикалық оңалту қызметін жетілдірудің стратегиясы бойынша оқу жылының жоспарлары құрылады. Ол мақсатты түрде ғылыми-зерттеу, ізденіс бағытындағы міндеттерді қою, ұйымдастыру, шешілу жолдарын талдайды. Тақырыбы: -«РБОО жағдайында инклюзивті оқыту мен тәрбиені ендіру». Педагогикалық қызметтің кез келгені – тәжірибелік қызмет. РБОО-ң жағдайына сай тәрбие берудің жаңа мақсаттары әдістемелік жұмысты ұйымдастыруға жаңа көзқарасты, жаңа ықпалды қажет етуде.

Аталған мәселені жүзеге асыру барысында педагог-реабилитолог мамандар үнемі білім жетілдіру курстарынан өтіп, республикалық, халықаралық ғылыми – тәжірибелік семинарларға, конференцияларға қатысады. Мамандар республика көлемінде тәжірибе алмасып, семинар, мастер-кластар өткізеді. Астана қаласында 2009 жылы «Инклюзивті білім беру: білім беру саясатын іске асыруды жетілдіру» тақырыбында өткен халықаралық конференцияға қатысты. Конференцияға қатысушылар орталықпен танысу мақсатында келді. Орталық жағдайының инклюзивті білім беру идеясын жүзеге асыруға өте қолайлы екенін, атқарылып жатқан іс-шаралармен таныса келе жоғары баға берді. Осыған орай бөлімде кеңейтілген кеңес өткізіліп, ерекше білім алуға мұқтаж балаларға оңалту-түзету жұмысын сапалы құруды қамтамасыз ететін арнайы әдістемелік жүйе жобаланды. Әдістемелік жүйенің ғылыми негіздемесінің жобасы жасалуда. Педагогтардың басты міндетіне өз жұмысын сапалы ұйымдастыру арқылы ем алушы балаларға қолайлы психологиялық орта жасау, терапиялық ем-шара жүргізуде медициналық, логопедиялық, әлеуметтік-психологиялық сабақтастықтарды меңгеру талаптары қойылады.

Педагогикалық оңалту қызметіне ғылыми-әдістемелік жұмысты таңдаудың өзектігі – мүмкіндігі шектеулі балалармен кешенді оңалту жүргізудегі әлеуметтік, педагогикалық әсер етудің тәрбиелік жолдарын қалыптастырып жетілдіру. Осындай мақсаттар өз деңгейіне жету үшін ізденіс әсерлері пайда болады.

«Сыни тұрғыда ойлау – әлеуметтік ойлау» деген Дэвид Клустер. Мәселенің шешуші көзін, жаңа технологияларды меңгеруге жаңа өзіндік шығармашылықпен келу деп қаралады. Әдістеме бөлімінде қызмет ететін әрбір педагог – тәрбиеші, педагог-терапевт өз қызметінде өзін толық іске асыратын кәсіби шеберліктегі маман бейнесінде ғана сұранысқа ие. Орталықта істейтін педагогтардың шығармашылықпен жұмыс істеуі материалдық жағынан толық қамтамасыз етілген. Әйтсе де жалпы педагогиканы оқып келген ұстаздарарнайы педагог мамандығын қосымша алуда. Олардың теориялық дайындығы тәжірибесімен астасып жатады. Өз біліктіліктерін көтеру үшін курстарды өтуде. Ең бастысы әрбір педагогтың өзінің кәсіби қызметіне өзіндік талдау жасау білігі мен дағдысын қалыптастырғанда ғана көрсететін қызметтің сапасы мен тиімділігі артады. Сондықтан да осы шарттардың жүзеге асуын қамтамасыз ететін жүйе қажет. Бүгінде сол жобаланған жүйе тәжірибеленуде. «Оқу мен жазу арқылы сыни тұрғыдан ойлау» семинарлары мамандардың өзін-өзі дамытып жетілдіруіне, шешім қабылдауына, өз жоспарын жасауға, өз қызметін құруға үйретті. 2009-2010 жылдары бөлімнің барлық педагогтары семинардан өтті. Бұл әдістемелік қызметтің сапасын көтеруге оң нәтиже берген жағымды көрсеткіш болды. Тәрбиешілер мен бөлім педагогтары балалармен іс-шараларды жоспарлауда жетістікке жете бастады. Жеке баламен, топпен, ата-аналармен дифференциалды жұмысты ұйымдастыруды меңгерді. Педагогикалық кешенді ықпал ету шаралары күннен күнге жаңа әдістермен толық бастады. Әлеуметтік- педагогикалық әсер етудің оңтайлы әдістері жеке тұлғаның қалыптасуындағы жағымсыз қасиеттердің жойылуына көмектеседі. Жеке баланың тұлғалық ерекшелігін зерттеу арқылы оның микросферасына, өмір жағдайына көмек беру мүмкіндігі туындайды. Мүмкіндігі шектеулі жеке тұлға өзінің бойындағы қабілеттерін, дарындылық белгілерін ашуға, дамытуға,

шығармашылығын іске асыруға мүмкіндік алады. Әлеуметтік ортада қалыптасу, өзін-өзі ұстау дағдысы, әлеуметтік -тұрмыстық және еңбекке бейімделу кезеңдерінен толық өтеді.

Әр айналым сайын ата-аналардың құрметі мен ілтипатына бөленудің өзі әр күннің, әр ізденістің зая кетпегендігін дәлелдейді. Орталықта ем алуға қол жеткізген ата-ана да, бала да педагогтардың жаңа ортаға бейімделуіне жасаған жағдайлы қарым-қатынасынан соң үлкен үміт пен сенімге бой ұрып, өз-өзіне жаңа көзқараспен қарай бастайды. Педагогикалық ұжым өз қызметін ұйымдастыруда төмендегі принциптерді ұстанады. Жоғары адамгершілік (гуманизм) принципі – баланың жеке тұлға ретіндегі құндылығын мойындау, өзіндік таңдау құқығын сыйлау. Нақтылық принципі – кез-келген оңалту шарасын жүргізуде жеке дара ықпалды ұстану. Жүйелілік принципі – әрбір жеке тұлғаны, жеке баланы «оңалту объектісі» түрінде түсініп бағдарлау. Вариативті принципті ұстану арқылы педагогикалық–әлеуметтік жұмыстардың сапалы, тиімді, қолайлы, жайлылығын қамтамасыз етеді.

Сыни тұрғыда ойлау семинарынан туындаған пікірлер

Педагогикалық қызметтің маңыздылығы -мәдени-көпшілік және жеке дара ұйымдастырылған іс-шаралар арқылы әлеуметтік – тұрмыстық оңалту және оның дифференциалды нұсқауларын іске асыру білігі мен дағдыларын жетілдіру. Әдістеме бөліміндегі педагогтардың кәсіби өсуіне жағдай жасау барысында жоспарлы түрде пән онкүндіктері жоспарланады. Эрготерапевтердің, ойынтерапевтерінің, музыка терапевтерінің, тәрбиеші-лердің онкүндік декадалары өтіледі. Эрготерапевтердің онкүндігінің негізгі міндетінің бірі еңбек арқылы оңалтуға жаңа технологияларды пайдалану және өзара тәжірибе алмасу болады. Эрготерапевтер ашық сабақ, шеберлік сыныптарын көрсетеді, өзара талдау жасайды.

2010 жылы жас суретші Болыс Жанарыстың шығармашылық тұсау кесер рәсімі өтілді. «Әдістеме хабаршысы» арнаулы кітапша шығарылды.

Ойынтерапевтері өз онкүндіктерінде ойын терапиясынан видео сессиялар түсіріп, ойын барысындағы бала әрекеттеріне баяндамалық талдау жасайды. Бірнеше видеосессиялардың тұсау кесері өтілді.

Музыка терапевтерінің алға қойған мақсаты – бала реабилитологиясындағы музыка терапевтінің ролін ашу.

Міндеттері:

- педагогтың шығармашылықпен қызмет етуіне түрткі болуы;
- музыка арқылы ем шара қолдануға түзету тұрғысынан қарауды жетілдіру, даралау;
- баланың музыка терапиясы арқылы әлеуметтену мүмкіндіктерін қарау;
- логопедиялық, психологиялық, медициналық аспектілер арқылы шығармашылық қор құру;
- музыка терапиясының «Әдістеме хабаршысын» шығару;

Күрделі де жауапты бұл шаралардың жоғары дәрежеде ұйымдасып өткендігінің өзі педагогтың өз қызметіне сыни тұрғыда қарауының белгісі.

Тәрбиешілердің онкүндігінің мақсаты – тәрбие үрдісінде түзету-дамытуды қамтамасыз ететін, шығармашылықпен жұмыс жасайтын талантты тәрбиешілерді анықтау. Бұл мақсатты орындауда өзара тәжірибе алмасу арқылы

тәрбиешілердің кәсіби және жеке тұлғалық өсуіне бағытталған кешенді іс-шаралар жүргізілді. Әрбір тәрбиеші–педагог өз тәрбие сағатына сыни тұрғыда ойлау стратегияларын қолдануды дәстүрге айналдырды. Жеке баламен де, топпен де жұмыс жүргізуге сыни тұрғыда ойлау стратегияларын қолданудың тиімді екеніне көз жеткізді.

Бүгінгі таңдағы қол жеткізген нәтиже әр педагогтың өз қызметіне өзі талдау жасау білігі, өзара талдау білімі қалыптасуда. Өз қызметіне шығармашылық ізденіспен қарап талдау, топтау, қорытындылау, жүйелеу дағдыларын меңгеруде. Ғылыми тұрғыда сараптау мен талдау, таңдау арқылы шығармашылыққа жетуге талпыныс жасауда.

Педагогтардың «Оқу мен жазу арқылы сыни тұрғыда ойлау» ұлттық журналы арқылы әріптестерімен тәжірибе бөлісуге мүмкіндіктері бар. «РБОО» АҚ әлеуметтік- педагогикалық оңалту бөлімі 2009-2016 ж. арналған ғылыми-зерттеу қызметтік жетілдірудің стратегиялық жоспарының мақсаты мен міндеттері педагогтан жоғары әдістемелік дайындықты, педагогикалық мәдениетті, ғылыми ізденісті талап етеді. Осы орайда жаңа үлгідегі мекемеге жаңа үлгідегі әдістеменің жобасын бекітіп, үлгісін қалыптастыру – бүгінгі және ертеңгі ауқымды мәселе.

Әдебиеттер:

1. Сунцова А.С. Теория и технология инклюзивного образования./Учебное пособие. Ижевск, 2013г.
2. Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации., Уч.-методическое пособие. Минск. УО «БГПУ им М.Танка», 2008г.
3. Зайцев Д.В. Соц. Исследование Статья. Интегрированное образование детей с ограниченными возможностями. №7, 2004г.
4. Думбаев А.Е., Бурашева Г.М. Права детей-инвалидов в сфере образования. - Алматы: ДООИВА, 2008.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЕРЕКШЕ БАЛАЛАРҒА БІЛІМ МЕН ТӘРБИЕ БЕРУГЕ ОҢТАЙЛАНДЫРЫЛҒАН ӘДІСТЕМЕЛІК ЖҮЙЕ

Белгибаева Б.Н.

Мүмкіндігі шектеулі балалармен жұмыс істеуде айқындалған нақты дағдылар болу шарт. Баланың оң өзгерістерге қол жеткізуі жайлы да комфортты психологиялық жағдайда қызмет көрсетілге байланысты. Мақаланың мақсаты- шығармашылықпен жұмыс істейтін ойын-терапияларға, музыка терапевтеріне, психологтар мен тәрбиешілерге, пән мұғалімдеріне білім жетілдіруге, кәсіби өсуге, емдік-терапиялық бағыттағы барлық жаңа технологияларды меңгеруге қолдау көрсету. Ғылыми –зерттеушілік ойлау мен өз тәжірибесін жинақтап, таратуына ықпал ету.

РЕЗЮМЕ

МЕТОДИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ПРИСПОСОБЛЕННАЯ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ОСОБЫХ ДЕТЕЙ

Белгибаева Б.Н.

Работая с детьми с ограниченными возможностями, нужно иметь определенные навыки. Умение создавать атмосферу психологического комфорта позволит достичь положительной динамики реабилитационного периода для ребенка. Цель этой статьи – поддержка творчески работающих игротерапевтов, трудотерапевтов, музыкотерапевтов и воспитателей, создание мотивации повышения квалификации, овладение новыми терапевтическими технологиями терапии, распространение инновационного терапевтического опыта, расширение профессиональных контактов. Фасилитирование научно-исследовательского мышления.

SUMMARY

METHODOLOGICAL FRAME FOR EDUCATION OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

Belgibayeva B. N.

Working with children with special needs requires exceptional skills. Ability to establish the atmosphere of psychological comfort allows achieving positive dynamics of rehabilitation of the child. The purpose of this article is to support creatively working play therapists, music therapists, psychologists and caregivers, motivate for further training, to impart knowledge on new therapeutic methods, to introduce innovative best practice in therapy and to widen the scope of professional contingency, and to facilitate research thinking.

УДК: 616.34-008.6-085

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

*Исломова М.У.**Сарыагашский филиал АО «КазМунайГаз-Сервис NS»
Санаторий «Алтын-Булак»*

Актуальность. В последнее время изучению синдрома раздраженного кишечника (СРК), стоящего в структуре неязвенных заболеваний толстой кишки на грани функциональной и органической патологии, уделяется большое внимание. Актуальность заболевания связана с ухудшением качества жизни таких больных, снижением трудоспособности, что в конечном итоге может привести к социальной изоляции пациента, потере работы, вторичному утяжелению депрессии [1].

Согласно современным представлениям СРК является биопсихосоциальным функциональным кишечным расстройством, в основе которого лежит взаимодействие двух основных патогенетических механизмов: психосоциального воздействия и сенсоромоторной дисфункции, т.е. нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности. Подобная комплексная характеристика СРК вносит значительные сложности при диагнозе, при дифференцировании его и осуществлении программы лечения [2].

В международных стандартах лечения СРК рекомендуется ступенчатый подход к фармакотерапии в зависимости от варианта СРК; исходным средством лечения всех больных СРК названы слабительные или антидиарейные и антихолинэргические препараты [3]. Помимо общепринятого фармакологического лечения целесообразно назначение нетрадиционных методов лечения.

Галотерапия - метод лечения и реабилитации, основанный на использовании искусственно созданного микроклимата соляных пещер и применении естественных природных факторов. Присутствующие легкие отрицательные аэроионы в воздушной лечебной среде активизируют метаболизм и местную защиту биологических тканей, благоприятно действуют на сердечно-сосудистую, эндокринную систему, желудочно-кишечный тракт, слизистые оболочки дыхательной системы, оказывают адаптогенное действие на центральные и периферические стресс - лимитирующие системы организма. Пребывание в галокамере стабилизирует вегетативную нервную систему, оказывает положительное психо-эмоциональное и антидепрессивное действие [4].

Озонотерапия - высокоэффективный немедикаментозный метод лечения, обладающий бактерицидным, вирусоцидным, фунгицидным, иммуномодулирующим, противогипоксическим, цитостатическим и дезинтоксикационным воздействием. Также этот метод способствует восстановлению баланса кишечной микрофлоры и подавлению патогенных

микроорганизмов. У этого метода лечения хорошая переносимость, практическое отсутствие побочных действий. Многообразие механизмов лечебного действия озона определило и широту его лечебного применения. Показано, что при лечении воспалительных заболеваний кишечника используются ректальные инсуффляции озono-кислородной смеси с концентрацией газа от 10 до 40 мкг/мл в количестве 50 – 300 мл. При атонии кишечника целесообразны более низкие концентрации озона, при спастических состояниях – более высокие. При неспецифическом язвенном колите, болезни Крона для достижения гемостатического эффекта целесообразно назначение озono-кислородной смеси с высокой концентрацией озона - 60 – 80 мкг/мл. Количество вводимого газа зависит от переносимости пациентом и на первом этапе лечения может не превышать 40 – 60 мл. В случае наличия хронических трещин заднего прохода наряду с ректальными инсуффляциями озона невысоких концентраций целесообразно использование озонированного масла [5].

В настоящее время нет единого мнения по поводу комбинированного применения больным СРК пробиотиков и физиотерапии. В связи с этим поиск оптимальных схем терапии с применением нетрадиционных методов является актуальным.

Цель исследования: изучение влияния различных схем терапии на клинко-иммунологические и бактериологические показатели больных СРК.

Материал и методы: Обследовано 60 больных, в возрасте от 31 до 50 лет (средний возраст составлял $34,5 \pm 0,05$ года) находившихся на лечении в санатории «Алтын-Булак» с диагнозом СРК. Диагноз верифицировали согласно Римским критериям III. Средняя продолжительность заболевания составляла $4,2 \pm 0,5$ года. Исходя из проводимой терапии, все больные были разделены на 3 репрезентативные группы. Больные I и II группы ($n=40$) получали физиотерапевтическое лечение, включающее в себя питье минеральной воды с термального источника «Сары-Агаш» 3-4 раза в день по 100-150 мл, ежедневно в течение 10 дней; галотерапию; кишечное орошение минеральной водой с последующей озонотерапией при помощи аппарата для гидроколонотерапии NS- 2000 и газового озонатора Ozotron. I группе ($n=20$) больных дополнительно назначался препарат Бифиформ в виде ректальных заливок № 5 и per os в течение 10 дней. В качестве контроля служила III группа получавшая только Бифиформ, без физиолечения.

Всем больным были проведены клинко-иммунологические исследования, а также бактериологическое исследование кала для определения состояния микрофлоры толстой кишки до и после лечения. Состояние микрофлоры кишечника изучалось методом бактериологического анализа кала по В.Н. Красноголовцу (1989). Состояние гуморальных факторов иммунной системы крови изучалось методом радиальной иммунодиффузии в геле агарозы. При статистической обработке результатов применен пакет стандартных программ «Excel» статистическая и графическая система «Диаста» (Калининград, РФ, 1991).

Результаты и обсуждения. В результате проведенной терапии отмечено улучшение общего состояния пациентов и уменьшение клинических проявлений СРК.

Полученные результаты показали (Таб.1), что динамика клинической картины СРК в процессе лечения в исследуемых группах была разнообразной. На основной

симптом - боли в животе жаловались в I группе и в III группе по 16 пациентов (80%), во II группе - 15 больных (75%). После проведенного лечения этот показатель уменьшился во второй и третьей группе на 55% , а I группе снижение симптомов было более выраженным (65%).

Таблица 1. Динамика клинической картины больных СРК

Симптомы	1-я группа, n=20		2-я группа, n=20		3-я группа, n=20	
	До	После	До	После	До	После
Боли в животе	16 (80%)	3 (15%)	15 (75%)	4 (20%)	16 (80%)	4 (25%)
Тяжесть в животе	15 (75%)	4 (20%)	14 (70%)	6 (30%)	15 (75%)	6 (30%)
Запор	14 (70%)	1 (5%)	15 (75%)	5 (25%)	15 (75%)	3 (15%)
Флатуленция	16 (80%)	1 (5%)	16 (80%)	3 (15%)	16 (80%)	5 (25%)
Метеоризм	16 (80%)	-	16 (80%)	2 (10%)	16 (80%)	4 (20%)
Чувство тяжести	8 (40%)	1 (5%)	8 (40%)	2 (10%)	8 (40%)	2 (10%)
Чувство раннего насыщения	7 (35%)	2 (10%)	6 (30%)	3 (15%)	6 (30%)	5 (25%)

Следующим симптомом по выраженности была тяжесть в животе. Если в начале лечения этот симптом присутствовал у трети пациентов, то после лечения этот симптом оставался у 4 пациентов I группы (20%), и у 6 пациентов II и III групп.

Одним из доминирующих симптомов СРК является нарушение стула. Большинство наших больных страдали запором. Проведенное лечение способствовало нормализации стула у 65% больных СРК I группы, 50% II группы, и 60 % III группы. Таким образом, проведенное лечение способствовало улучшению стула у 59 % пациентов СРК, однако в первой группе оно было более выраженным.

Самыми неприятными и давящими на психику симптомами СРК является флатуленция и метеоризм. Так, флатуленция и метеоризм наблюдалась у 80 % пациентов СРК. Физиотерапевтическое лечение вместе с препаратом Бифиформ способствовало достоверному уменьшению данных симптомов у почти больных. Во второй группе больных флатуленция сохранялась у 3 пациентов, а метеоризм у 2 пациентов, в третьей группе данные симптомы присутствовали у 5 и 4 больных соответственно.

Динамика снижения жалоб на чувство тяжести и переполнения в подложечной области наблюдалась во всех исследуемых группах. В I группе чувство тяжести

уменьшилось у 35%, в во II и III группах у трети больных, т.е. снижение симптома, было сопоставимым во всех группах. Однако снижение чувства раннего насыщения было более выраженным в первой группе больных (25% против 15% и 5 %, соответственно).

Изучение микробиологического состояния толстого кишечника больных СРК выявило снижение нормальной микрофлоры за счет лакто- и бифидобактерий и увеличение условно патогенной микрофлоры. После проведенной терапии отмечалась положительная динамика всех показателей по сравнению с исходными данными (Таб. 2).

Таблица 2. Динамика показателей дисбактериоза у больных СРК

Показатели		I- группа		II-группа		III-группа	
		До	После	До	После	До	После
Дисбактериоз	I ст.	10 (50%)	4 (20%)	12 (60%)	6 (30%)	12 (60%)	7 (30%)
	II ст.	4 (20%)	1 (5%)	3 (15%)	1 (5%)	4 (20%)	2 (10%)
	III ст.	1 (5%)	-	2 (10%)	-	3 (10%)	1 (5%)
	IV ст.	3 (15%)	-	1 (5%)	-	1 (5%)	1 (5%)
Нормобиоценоз		2 (10%)	15 (75%)	2 (10%)	13 (65%)	1 (5%)	9 (45%)

Анализ микробиологических показателей указывал на их улучшение прямо пропорционально уменьшению степени дисбактериоза. Признаки нарушения микробиоценоза находили почти каждого больного. За исключением 5 пациентов, у которых вообще не смогли обнаружить каких-либо отклонений от нормы.

Показатели дисбактериоза I степени в начале и в конце лечения были следующими: в I группе нарушения микрофлоры отмечались у 10 пациентов (50%), после лечения у 4 (20%). Во II группе снижение составляло от 12 (60%) до 6 больных (30%), и в III группе - от 60% до 35%. У больных дисбактериозом II степени также произошли положительные сдвиги. При этом дисбактериоз II степени в конце лечения наблюдался в I и II группах у 1 пациента (5%), в III группе у 2 пациентов (2%). Динамика снижения дисбактериоза III степени была сопоставима во всех группах и среднем составляла около 5%. Наиболее тяжелая IV степень дисбактериоза отмечалась в среднем у 8,3 % больных. После лечения в I и II группах больных таких изменений не отмечалось.

Таблица 3. Характеристика выраженности дисбактериоза у больных с СРК

Показатель		1-я группа		2-я группа		3-я группа	
		до леч.	после леч.	до леч.	после леч.	до леч.	после леч.
Кишечные палочки лактозо-негативные, %	<20	8 (40%)	15 (75%)	10 (50%)	15 (75%)	9 (45%)	11 (55%)
	21-30	2 (10%)	-	2 (10%)	2 (10%)	2 (10%)	2 (10%)
	31-40	4 (20%)	3 (15%)	3 (15%)	3 (15%)	4 (20%)	4 (20%)
	>40	6 (30%)	2 (10%)	5 (25%)	-	5 (25%)	6 (18%)
Микробы рода протей	< 10 ³	19 (95%)	20 (100%)	20 (100%)	20 (100%)	19 (95%)	20 (100%)
	> 10 ³	1 (5%)	-	-	-	1 (5%)	-
Дрожжеподобные грибы	< 10 ⁴	19 (95%)	20 (100%)	19 (95%)	20 (100%)	19 (95%)	19 (95%)
	> 10 ⁴	1 (5%)	-	1 (5%)	-	1 (5%)	1 (5%)
Бифидобактерии	< 10 ⁷	8 (40%)	16 (80%)	9 (45%)	13 (65%)	8 (40%)	10 (50%)
	> 10 ⁷	12 (60%)	4 (20%)	11 (55%)	7 (35%)	12 (60%)	10 (50%)
Лактобактерии	<10 ⁶ -10 ⁷	8 (40%)	17 (85%)	7 (35%)	14 (70%)	7 (33%)	9 (45%)
	>10 ⁶ -10 ⁷	12 (60%)	3 (15%)	13 (65%)	6 (30%)	13 (65%)	11 (55%)
Другая условно-патогенная микрофлора	нет	12 (60%)	19 (95%)	16 (80%)	18 (90%)	17 (85%)	19 (95%)
	энтеро-бакт.	2 (10%)	1 (5%)	4 (20%)	2 (10%)	3 (15%)	1 (5%)
	клебсиелла	-	-	1 (5%)	-	1 (5%)	-
	Кандида	-	-	1 (1%)	-	-	-
	протей	1 (5%)	-	-	-	1 (5%)	-
Антагонистическая активность микрофлоры	обладает	15 (75%)	20 (100%)	19 (95%)	19 (95%)	19 (95%)	19 (95%)
	не обладает	5 (25%)	-	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)

На основании полученных данных (Таб. 3) мы выявили, что наиболее положительные сдвиги отмечались в I группе больных. Полученные результаты позволяют предположить, что комплексная терапия способствовала ингибированию патогенной микрофлоры за счет действия озона. Он в свою очередь оказывал

бактерицидное действие, воздействуя на плазматические мембраны, вызывая в них окисление липидов и белков. Локальные повреждения плазматической мембраны приводит к гибели бактериальной клетки. Применение Бифиформа способствовало восстановлению кишечной микрофлоры за счет содержания в его составе *Enterococcus faecium*.

Состояние иммунной системы у больных СРК мы оценивали на основании иммуноглобулинов А (IgA). Полученные данные выявили, что у больных СРК определяется дефицит IgA. IgA, выходя из кровотока, проникает через эпителиальный слой и соединяется с секреторным компонентом. Образовавшийся секреторный IgA остается либо на поверхности эпителиальной клетки, либо сползает в слой слизи над эпителием, и выполняет свою основную защитную функцию. Но, так как у больных СРК присутствуют дистрофические изменения поверхностного эпителия, сопровождающиеся инфильтрацией нейтрофильными гранулоцитами, IgA не может проникнуть через поврежденные слои и теряет свою блокирующую ферментативную активность против микробов. Сравнительный анализ бактериологического исследования кала и гуморальных факторов иммунной системы показал, что дефицит иммуноглобулинов напрямую зависит от степени дисбактериоза, возрастая со степенью нарушений кишечной микрофлоры.

Как видно из таблицы 4, при применении физиотерапевтического лечения и пробиотика отмечена наиболее выраженная эффективность показателей иммуноглобулинов по сравнению с другими группами. Так, нормальные показатели иммуноглобулинов были отмечены у 4 больных в каждой группе пациентов СРК. После проведенной терапии нормальные показатели были отмечены у 15 пациентов I группы (75%), 11 пациентов II группы (55%) и 10 пациентов III группы больных (50%). Таким образом, в первой группе больных отмечаются достоверно более выраженные изменения показателей.

Таблица 4 - Показатели гуморальных факторов иммунной системы у больных с СРК

Показатели		Нормальные показатели Ig	Дефицит IgA	Дефицит всех Ig
I-группа, n=20	До лечения	4 (20%)	12 (60%)	4 (20%)
	После лечения	15 (75%)	4 (20%)	1 (5%)
II-группа, n=20	До лечения	4 (20%)	12 (60%)	4 (20%)
	После лечения	11 (55%)	7 (35%)	2 (10%)
III-группа, n=20	До лечения	4 (20%)	12 (60%)	4 (20%)
	После лечения	10 (50%)	8 (40%)	2 (10%)

Очевидно, что иммунокоррекция при СРК является важной мерой, как лечения, так и профилактики болезни. Галотерапия оказывала положительное влияние на состояние гуморального и клеточного иммунитета, снижению уровня сенсibilизации.

Исходя из выше изложенного, мы можем утверждать, что предложенное лечение с применением физиотерапевтического лечения галотерапией и озонотерапией с пробиотиком у больных СРК позволит достигнуть желаемого результата в более короткие сроки, что сократит время пребывания пациентов в стационаре и уменьшит расходы на лечение.

Выводы.

1. У больных СРК, отмечаются явления дисбиоза, нарушения местной иммунологической реактивности, а также дистантные изменения в организме в виде нарушений гуморальных факторов иммунитета. Изменения микробиоценоза способствуют снижению колонизационной резистентности кишечника, проявлению воспалительного процесса и нарушению общего и местного иммунитета.

2. Применение комплексной терапии больных с СРК способствует нормализации имеющихся иммуноморфологических нарушений путем снижения дисбиотических сдвигов с последующим восстановлением иммунологической реактивности слизистой оболочки толстой кишки.

3. Комбинированное использование пробиотика с озono- и галотерапией способствует более стойкой ликвидации имеющихся клинических и иммуноморфологических нарушений путем взаимного суммирования их лечебных эффектов.

Литература:

1. Ходжиматова Ж.А. Клинико-эндоскопические и иммуноморфологические исследования при синдроме раздраженного кишечника (патогенетические и терапевтические аспекты). Дис. ... к.м.н. Ташкент, 2009 г.
2. Румянцев В.Г. Дисбактериоз кишечника: клиническое значение и принципы лечения // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 1999. - №2. - С.61-69.
3. Маев И.В., Черемушкин С.В. Критерии диагностики и терапии синдрома раздраженного кишечника. Врачебная газета, №2, февраль, 2003 г.
4. Конев С.В., Матус В.К. Озон в биологии и медицине - Н. Новгород, 1992. - С.3-4.
5. Современная спелеоклиматотерапия и галотерапия / Коллектив авторов. - Перм.гос. мед. академия, Перм. гос. техн. ун-т. - Пермь, 2005. - 140 с.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Исломова М.У.

В статье представлены результаты клинико-иммунологических и микробиологических исследований 60 больных с синдромом раздраженного кишечника. Показано, что комплексная терапия пробиотика с применением галотерапии и озонотерапии способствует нормализации кишечной микрофлоры, улучшению клинической симптоматики, восстановлению иммунологической реактивности слизистой оболочки толстой кишки.

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚОЛДАНЫСТА ДӘСТҮРЛІ ЕМЕС ӘДІСТЕР ЕМІ ІШЕКТЕГІ ТІТІРКЕНУ СИНДРОМЫНЫҢ КЕШЕНДІ ТЕРАПИЯ ТИІМДІЛІГІНІҢ САРАПШЫЛЫҒЫ

Исломова М.У.

Ішектегі тітіркену синдромының нәтижелері 60 аурудың клинико-иммунологиялық және микробиологиялық зерттеулерінде таныстырылған мақалада байқалады. Клиникалық симптоматиканың жақсаруы, иммунологиялық икемділіктің қалпына келуі, галотерапия мен озонотерапияның қолданумен пробиотиктің кешенді терапиясы ішектің кілегейлі қабығы ток ішек микрофлорасының қалыптасу мүмкіндігін туғызады.

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF COMBINED THERAPY IRRITABLE BOWEL SYNDROME NON-TRADITIONAL METHODS OF TREATMENT

Islomova M.U.

The article presents the results of clinical and immunological and microbiological studies of 60 patients with irritable bowel syndrome. It is shown that combined therapy with the use of probiotic galotherapy and ozone therapy helps normalize intestinal microflora, improvement of clinical symptoms, restoration of immunological reactivity of the colonic mucosa.

УДК: 376.4

СТУПЕНЧАТАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

*Кадырова А.Ж., Ахметжанова З.Ж., Жылкыбаев Г.Л.,
Музапарова К.А., Джусупова Д.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр» г. Астана*

Ключевые слова: нарушение психического развития, ступенчатая диагностика, расстройства аутистического спектра.

Актуальность. Аутизм представляет собой сложное нарушение психического развития, характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. В последнее время отмечается рост детей, страдающих аутизмом. Эпидемиологические исследования доказывают, что расстройство аутистического спектра (РАС) представляет 1% всех нарушений развития. Количество детей за последние 10 лет с расстройствами аутистического спектра увеличилось в 5-10 раз. Соотношение мужского и женского пола при расстройствах аутистического спектра составляет четыре к одному, но девочки страдают более тяжелыми формами аутизма. До настоящего времени точная причина аутизма не установлена, но в числе ведущих факторов риска чаще всего называется наследственная отягощенность [1,4].

Статистика детей, поступающих на реабилитацию в АО «РДРЦ» свидетельствует о том, что с каждым годом увеличивается количество пациентов с РАС. Если в АО «РДРЦ» прошли курс реабилитационного лечения с диагнозом аутизм, ЗПР с аутистическими чертами за 2013 года - 51 ребенок, то за 10 месяцев 2014 году - их число достигло 59.

Мультидисциплинарная команда специалистов АО «РДРЦ» в составе психиатра, невролога, психолога и логопеда с 25 сентября по 10 октября прошли обучение в городе Любляна Республики Словения на базе отделения расстройств аутистического спектра детского психиатрического отделения Университетского клинического центра.

Цель обучения команды было изучение проблем заболеваний аутистического спектра, международных методов диагностики и коррекции детей с расстройством аутистического спектра (РАС) и последующее их внедрение в АО «РДРЦ».

Материалы и методы. В ходе обучения отмечено, что в последнее время отмечается изменение концепции в отношении синдрома Каннера. Типичный аутизм сегодня представляет маленькую часть с РАС. Увеличивается количество детей с высокофункциональным аутизмом – синдромом Аспергера. Ознакомились со структурой ступенчатой диагностики РАС.

Необходимо отметить, что на первичном уровне диагностики РАС очень важную роль играет педиатр, который наблюдает ребенка с самого рождения. У детей в возрасте 8-12 месяцев, страдающих РАС, появляются следующие отставания в сфере коммуникации: ребенок не лепечет, нет социальных движений

(не показывает на предметы), отсутствие слов со смыслом, ребенок не обращает внимание на осматриваемый родителями предмет, отсутствие «веселого» выражения на лице во время разговора с родителями, отсутствие вокализации в отношении к родителям, не реагирует на имя при обращении родителей [3]. В случае обнаружения данных симптомов, в частности, черты РАС у ребёнка, необходимо направить его на дальнейшее обследование (вторичный уровень).

На вторичном уровне процесс обследования ребёнка должен быть мультидисциплинарным. На этом уровне делается нейропсихологический осмотр ребёнка и фильтровое тестирование.

Фильтровый тест РАС. Тест М-CHAT (eng. Modified Checklist for Autism and Toddlers) является соответствующим фильтровым тестом для детей, у которых присутствует подозрение на РАС. Рекомендует провести фильтровые тестирования два раза: в возрасте 18 месяцев и в возрасте 24 месяцев. У старших детей пользующихся речью, в Словении часто употребляем шкалу ASAS (eng. Australian Scale for Asperger's Syndrome), шкалу GARS (eng. Gillian Autism Rating Scale), шкалу ASDS (eng. Asperger's Syndrome Diagnostic Scale), шкалу CARS (eng. Childhood Autism Rating Scale) [2,5]. Всех детей, у которых присутствует подозрение на РАС, должен осмотреть обязательно сурдолог.

На третичном уровне ребёнка обследуют специалисты специализирующиеся на РАС, в специализированных лечебно-реабилитационных медицинских учреждениях. На этом уровне делается дополнительное диагностирование и биохимические, генетические и нейрофизиологические исследования. Дети и родители в рамках специальных центров включаются в следующие терапевтические программы: спец. педагогическая терапия, поведенческо-когнитивная терапия, медикаментозная терапия, группы для обучения социальным навыкам, группы для родителей.

У 70% детей с РАС проявляются дополнительные психические расстройства коморбидности, такие как депрессия, анксиозные (тревожные) состояния, гиперкинетические расстройства (СДВГ), шизофрения, тики, синдром Туретта и др. нарушения. Для выявления коморбидности используется опросник DAWBA (The Development and Well-Being Assessment) «Оценивание развития и благополучия ребенка», клиническое интервью с родителями и ребенком, по результатам которого устанавливается соответствие выявленных клинических симптомов по МКБ-10, DSM-5 у детей и подростков от 4 до 17 лет [3,6].

В процессе диагностирования специалисты должны иметь в виду «золотой стандарт» и провести диагностическое обследование аутизма ADOS (eng. Autism Diagnostic Observation Schedule) «план диагностического обследования», диагностика проходит как стандартизированное наблюдение за поведением во время специально организованной игры с тщательно отобранными игрушками. После диагностики проводится кодирование, тщательный подсчет баллов по разным параметрам и вывод диагноза.

Диагностическое интервью ADI (eng. Autism Diagnostic Interview). Интервью ориентировано для родителей и педагогов (психологов, дефектологов), работающих с пациентами разных возрастных групп с психическим развитием выше двух лет [5,7].

Интервью сфокусировано, в первую очередь, на трех областях функционирования: речь-общение, социальное взаимодействие и ограниченные, повторяющиеся и стереотипные формы поведения и интересы.

Процедуры использования интервью от информатора являются высоко стандартизированными для получения систематизированных и детальных описаний поведения оцениваемого индивида.

Для проведения обеих тестов, специалист нуждается в специальных знаниях.

Вывод. Как уже сказано выше, важным фактором помощи пациентам, страдающим аутизмом, является своевременная и ранняя диагностика. Достичь этого можно только при мультидисциплинарном подходе, который является важнейшей частью оптимального диагностирования и оценки способностей ребёнка во всех сферах его жизни. На всех уровнях диагностики РАС самым главным принципом является целостность, сотрудничество разных специалистов, школы, детского сада, учителей и воспитателей и, в первую очередь, оказание помощи родителям, обучение их навыкам общения со своими особыми детьми.

Литература:

1. Барбера М. Детский аутизм и вербально-поведенческий подход. Издательство: Рама Паблишинг, 2014.
2. Делани Т. Развитие основных навыков у детей с аутизмом. Эффективная методика игровых занятий с особыми детьми. Издательство: Рама Паблишинг, 2014.
3. Воронков Б. В. Психиатрия детского и подросткового возраста. Издательство: Наука и Техника, 2012.
4. Haddon M. Skrivnosti primer ali o umorunekegapsa. Ljubljana: Mladinska knjaga-2009.
5. ADOS Шкала Наблюдения для Диагностики Аутизма Catherine Lord, Ph.D., Michael Rutter, MD, FRS, Pamela C. DiLavore, Ph.D., and Susan Risi, Ph.D.
6. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия 2 издание Перевод на русский язык: Е.Р. Слободская 2005.
7. Baron- Cohen S. Теория разума и аутизм: обзор. Специальный выпуск :IntRevMent- 2001.

РЕЗЮМЕ

СТУПЕНЧАТАЯ ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ

*Кадырова А.Ж., Ахметжанова З.Ж., Жылкыбаев Г.Л.,
Музапарова К.А., Джусупова Д.*

В статье раскрывается ступенчатость диагностики расстройств аутистического спектра (РАС). В частности, отмечено, что в последнее время отмечается рост детей, страдающих аутизмом. Эпидемиологические исследования

доказывают, что РАС представляет 1% всех нарушений развития. Количество детей за последние 10 лет с расстройствами аутистического спектра увеличилось в 5-10 раз. При диагностике РАС основным принципом является мультидисциплинарный подход, который является важнейшей частью оптимального диагностирования и оценки способностей ребёнка во всех сферах его жизни. Он включает в себя сотрудничество разных специалистов, планирование и проведение всесторонних фильтровых тестирований, а также нейропсихологических исследований.

ТҮЙІНДЕМЕ

БАЛАЛАР АУТИСТИКАЛЫҚ СПЕКТР БҰЗЫЛЫСТАРЫНЫҢ САТЫЛЫ ДИАГНОСТИКАСЫ.

*Кадырова А.Ж., Ахметжанова З.Ж., Жылкыбаев Г.Л.,
Музапарова К.А., Джусупова Д.*

Мақалада аутистикалық спектрдің бұзылуының сатылы диагносттері ашылады, немесе аутизм ерекшеліктері айқындалады. Оның ішінде, соңғы жылдары аутизмге шалдыққан балалар саны көбеюі туралы айтылған. Эпидемиологиялық зерттеулерге сүйенсек, АСБ дамудың бұзушылықтарының 1 % құрайды. Соңғы 10 жыл ішінде аутистикалық спектрінің бұзылуы бар балалар саны 5-10 мәртеге өсуде. АСБ анықтау барысында негізгі қағида ретінде жан-жақты тәртіпті қолдану қажет. Ол дұрыс диагностикалауға және бала өмірінің барлық тараптарында қабілеттерін дұрыс бағалауға мүмкіндік береді. Ол әр түрлі мамандардың ынтымақтастығы, жан-жақты фильтрлік тестілеуді жоспарлап өткізуді және нейропсихологиялық зерттеулерді қамтиды.

SUMMARY

STEP DIAGNOSTICS OF CHILDREN WITH FRUSTRATION OF THE AUTISTIC RANG

*Kadyrova A.Zh., Akhmetzhanova Z.Zh., Zhylkybayev G. L.,
Muzaparova K.A., Dzhusupova D.*

In article gradualness of diagnostics of the frustration of an autistic range (FAR) reveals. In particular, it is noted that recently growth of the children suffering from autism is noted. Epidemiological researches prove that RACES submits 1% of all violations of development. The number of children over the last 10 years with frustration of an autistic range increased at 5-10 times. At diagnostics of RACES the basic principle is multidisciplinary approach which is the most important part of optimum diagnosing and an assessment of abilities of the child in all spheres of his life. It includes cooperation of different experts, planning and carrying out comprehensive filter testings, and also neuropsychological researches.

УДК: 616.831-009.11-053.2:615.851.4

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ПО СЕНСОМОТОРНОМУ РАЗВИТИЮ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПРИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ

Кененбаева Б.С., Набина Р.А.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Ключевые слова: ДЦП, реабилитация, двигательные и чувствительные (сенсорные) расстройства, сенсорная интеграция.

Актуальность. У детей с детским церебральным параличом формирование процессов восприятия нарушается за счет ограниченного движения глаз, нарушений фиксации взора, снижения остроты зрения и т.п. Ребенок на каждом возрастном этапе оказывается наиболее чувствительным к тем или иным воздействиям. В этой связи каждая возрастная ступень становится благоприятной для дальнейшего нервно-психического развития и всестороннего воспитания. Чем меньше ребенок, тем большее значение в его жизни имеет чувственный фактор. Данный процесс имеет свои особенности в связи с органическим поражением мозга, двигательной депривацией, нарушением двигательного-кинестетического, слухового и зрительного анализаторов. У них патологически развивается схема положения тела и движений.

В связи с двигательной недостаточностью у детей ограничена манипулятивно - предметная деятельность, затруднено восприятие предметов на ощупь. Сочетание этих нарушений с недоразвитием зрительно-моторной координации препятствует формированию полноценного предметного восприятия и познавательной деятельности. Чувственное познание уже с первых месяцев жизни ребенка развивается аномально. Это ведет к ограничению практического опыта и становится одной из причин нарушения формирования высших психических функций. Поэтому необходимо организовывать коррекционно-развивающую работу, направленную на развитие сенсорных эталонов у детей с ДЦП.

Дети с тяжелыми формами церебрального паралича - это дети с множественными нарушениями, в том числе ведущими - двигательными и чувствительными (сенсорными) расстройствами. Действительно, как правильно организовать работу с ребенком, если он не ходит и не сидит самостоятельно, а только с помощью родителей, у него почти или совсем нет произвольных движений руками и ногами, и он не говорит, а может издавать отдельные звуки, а иногда не может и этого.

В поисках новейших методов, а также с целью улучшения реабилитации детей с диагнозом детский церебральный паралич в работу эрготерапевтов был внедрен метод сенсорной интеграции.

Впервые сенсорная интеграция и стимуляция была разработана трудотерапевтом Джин Айресом из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе, который работал с детьми и взрослыми, имеющими неврологические нарушения. У ребенка с ДЦП в той или иной степени выключена из деятельности

важнейшая сенсорная функциональная система. Выраженная сенсорная недостаточность может быть одной из причин недоразвития познавательной деятельности и интеллекта у детей с ДЦП.

Сенсорная интеграция отвечает за проблемы, связанные с интерпретацией мозгом сигналов от всей нервной системы. Терапия сенсорной интеграции, проводимая трудотерапевтами, фокусируется на проблеме снижения чувствительности ребенка и оказании ему помощи в реализации чувственной информации.

Материалы и методы исследования. В условиях психоневрологического отделения «Акжол» были проведены 4 занятия по изучению сенсорных эталонов у детей возрасте 6-7 лет с детским церебральным параличом.

Особенно важным моментом является возможность объединять детей в группы, проводить групповые занятия. Во время занятий в группе реализуется склонность детей к подражанию, а элементы соревнования, присутствующие на занятиях, подталкивают ребенка на освоение новых двигательных навыков, требующих значительных активных волевых усилий. Особенно ярко проявляются эти способности при построении занятия в форме игры, стимулирующей двигательную активность, наиболее адекватную для детей дошкольного возраста.

Результаты и обсуждения. Ребенок на наших занятиях всегда является субъектом процесса и отношений, поэтому дети приходят на занятия с удовольствием, чувствуют себя успешными. Начиная работу в группе с потребностей тела каждого конкретного ребенка, мы отстраиваем отношения сотрудничества и взаимного уважения, в которых дети приобретают необходимый социальный опыт, в результате изменяется их поведение и самооценка.

Основная идея метода сенсорной интеграции состоит в том, что мозгу для комфорта требуется определенный уровень ответа от рецепторов: зрительных, слуховых, вестибулярных, тактильных, проприоцептивных. Сенсорная интеграция и стимуляция обеспечиваются при проведении стимуляционных комплексов упражнений, занятий (индивидуальных, групповых), направленных на преодоление нарушений сенсорного восприятия.

У детей часто нарушается возможность зрительной афферентации пространственно-организованных движений. Так, ребенок не может скопировать позу, не знает, как расположить руку по отношению к своему телу, у него отсутствует та непосредственная легкость восприятия пространственных отношений.

Тактильная система - самый большой орган тела, эта система распознает прикосновение, виды давления, уровень боли и помогает различать температуру (горячо или холодно).

Слуховая чувствительность - информирует о звуках в окружающем мире. Это наиболее широко известный аспект сенсорных нарушений.

Проприоцептивная система (ощущение собственного тела) - сообщает нам, где находится наше тело. Она также информирует о том, где находится каждая часть нашего тела, и какие движения она совершает.

Вестибулярная система - предоставляет информацию о положении нашего тела в пространстве и его скорости, направлении и движениях по отношению к действию гравитации. Она является фундаментальной для сохранения баланса и

положения тела.

После обследования детей трудотерапевты на своих занятиях выявляют сенсорные нарушения, затем строят планы работы с детьми. Для этого собраны и разработаны пособия и материалы по методике сенсорной интеграции.

Проводя наблюдательную работу и выявляя динамику, каждый трудотерапевт ведет документацию, с последующим отчетом об изменениях при воздействии сенсорной интеграции на ребенка. Рассмотрим несколько примеров:

Пример 1: пациент Алена П., 5 лет с диагнозом: ДЦП, спастическая диплегия.

При первичном осмотре были выявлены такие сенсорные нарушения: не способность точно сконцентрироваться и на расстоянии взять самостоятельно предмет, движения рук резкие, неуклюжие, не координированные, сенсорная дисфункция.

На занятиях применяли приемы и методы поэтапной работы, а именно: для улучшения тактильных рецепторов применялись веревки различной текстуры; для развития зрительной координации- прием «глаза-руки»; для развития двигательной функции рук - улучшение моторной координации применялись утяжеленные браслеты, грузики на руки, фиксировали одну руку; для развития ладонных рецепторов (работа всей ладонью) применяли пластилин, воск, соленое тесто, глину; для развития осязательных рецепторов - использовали ткань различной фактуры, массажи с применением варежки с различными наполнениями (фасоль, гречка, горох); В динамике были отмечены положительные изменения.

Так, у ребенка намного улучшилось выполнение некоторых навыков самообслуживания: научилась при помощи приспособлений подносить ко рту кружку и пить из нее, вытирать полотенцем рот, и особенно заметно у ребенка повысилась уверенность.

Пример 2: пациентка Алия Т., 7 лет, диагноз: ДЦП, атонико-астатическая форма. При осмотре были выявлены такие сенсорные нарушения -вялые мышцы, не удерживает в руке предметы, берет всей ладонью, грубый захват, нет зрительного сосредоточения. Нарушен интерес к занятиям, внимание переключаемое. На занятиях применяли приемы и методы поэтапной работы, а именно, для развития осознанного зрительного контроля за движением рук, координация движений с использованием приемов «откручивания», «закручивания»: пластилинография использование приемов «вдавливание» для пробуждения рецепторов пальцев, развития силы мышц, глазомера, чувствительности рук. Проводились занятия – забава с использованием приемов «разворачивания» бумаги, ткани, картона для развития мелких мышц, повышение выносливости рук, развитие тонкой моторики. Проведенные сенсорные занятия привели к определенным результатам: у девочки незначительно улучшилось предметно-манипулятивная деятельность: стала брать, удерживать предметы, с помощью их перекладывать, улучшились коммуникативные навыки, эмоционально реагирует на сюрпризные моменты, шумовые, светящиеся пособия, улучшился пинцетный хват, протягивает руку к игрушке.

Пример 3: пациент Иван Ж., 5 лет, диагноз: ДЦП, двойная гемиплегия. Вся работа опиралась на развитие тактильных, слуховых, обонятельных анализаторов. Применялись сенсорные материалы: разнотекстурные ткани, вата, еловые шишки,

осязательные резиновые мячи, мягкие игрушки, издающие звуки, аудио записи. Проводились занятия на развитие ориентировки с использованием приемов: «отыскивания» для развития тактильных, осязательных рецепторов, развитие силы мышц ладони, занятия на развитие слухового восприятия с использованием приемов «сжима», «разрывания» для развития слуховых, осязательных анализаторов. В динамике у ребенка появилась возможность удерживания вложенной игрушки в руку от 3-5 мин, оживленно реагирует на шумовые, издающие шуршание игрушки, незначительные улучшения в раскрытии, сжатии ладони.

Пример 4: пациент Саят У., 6 лет, диагноз: ДЦП, гемипаретическая форма. Во время обследования и были выявлены такие сенсорные нарушения как ограничение деятельности правой руки. Была проведена индивидуальная работа - легкий массаж пальцев, затем ладони, запястья, локтевого сустава с переходом в игровую деятельность; Проводились занятия на развитие сенсомоторных навыков с использованием приемов «перекладывания»; развитие и укрепление силы мышц рук, сенсорного восприятия, действия обеими руками, занятия направленное на развитие согласованности рук, занятия направленные на развитие приемов «метания» классификация предметов; В ходе проведенных занятий на улучшение и активизацию работу поврежденной руки, применяли метод ограничения здоровой руки рукавом «Таубе». Отмечалось заметное улучшение щепотного захвата, ребенок научился собирать мелкие предметы, частично научился держать карандаш и соединять точки, получая рисунок, при умывании закрывает и использует салфетку слабой рукой, поднимает руку при расчесывании волос, значительно улучшился темп в работе.

Выводы: Методика сенсорной интеграции, основанная на системном подходе к функционированию мозга, помогает понять связь процессов обработки сенсорной информации с поведением. Обучение ребенка - это реальная проблема, требующая пристального внимания и планомерных занятий.

Методика сенсорной интеграции предназначена самым разным специалистам (неврологам, психологам, педагогам, специалистам по физической и социальной реабилитации, эрготерапевтам), и родителям, которые смогут по-новому взглянуть на проблемы и трудности своих детей и выработать стратегию их поддержки, используя рекомендации врачей и педагогов.

Результаты наблюдений и исследований показывают, что обязательной составляющей комплексную реабилитацию детей является вовлечение родителей в процесс реабилитации. После проведенных занятий трудотерапевтами родителям даются рекомендации по закреплению полученных результатов, по продолжению обучения в домашних условиях. Очень важно «корректно» пресекать все попытки родителей помочь ребенку в том, где он может уже справляться самостоятельно.

С помощью сенсорной интеграции в трудотерапии возможно максимальное восстановление способности ребенка к независимой жизни (самообслуживанию, продуктивной деятельности, отдыху).

1. Степанова М.А. Система работы по развитию мелкой моторики кистей и пальцев рук детей // Логопед. – № 7. – 2009.
2. Симонова Т.Н., Симонов В.Г., «Система психолого-медико-педагогической реабилитации детей с тяжелыми проявлениями ДЦП». Астрахань: издательство дом «Астраханский университет» № 9. -2008г

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ПО СЕНСОМОТОРНОМУ РАЗВИТИЮ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПРИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ

Кененбаева Б.С., Набина Р.А.

В данной статье использованы методы сенсорной интеграции в комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями, которые является начальным этапом интеграции в общество, что позволяет им быть менее зависимыми от посторонней помощи, и способствует к максимально возможному восстановлению способности ребенка к независимой жизни (самообслуживанию, продуктивной деятельности, отдыху).

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚИМЫЛ ҚОЗҒАЛЫС ЗАҚЫМДАНУЫ БАР БЦС БАЛАЛАРДЫҢ СЕНСОРЛЫ – МОТОРЛЫ ҚАБІЛЕТІН ДАМУЫ КЕЗІНДЕ ӨТКІЗІЛЕТІН САБАҚТАРДЫҢ ЕРЕКШЕЛІГІ

Кененбаева Б.С., Набина Р.А.

Бұл мақалада комплексті оңалту барысында мүмкіндігі шектеулі балалардың сенсорлы интеграциялық әдісінің қолдануының алғы шарты өзге адамдардың көмегенсіз ең жоғарғы деңгейде қалыптасуына, тәуелсіз өмір сүруіне мүмкіндік жасау (өз-өзіне қызмет көрсету, нәтижелі әрекет ету, демалу).

SUMMARY

FEATURES OF TEACHING FOR SENSORIMOTOR DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY AT MOTOR DISORDERS

Kenenbaeva B.S., Nabina R.A.

This article used the methods of sensory integration in the complex rehabilitation of children with disabilities, which is the initial stage of integration into the society that allows them to be less dependent on outside assistance, and contributes to the maximum possible recovery of the child's ability to independent living (self-care, productive activity, leisure).

УДК: 616.441-008.64-053.2:615.851.11

ЗАДЕРЖКИ ТЕМПА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Кучербаева З.Т., Тугаева Ж.А.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Ключевые слова: задержка психического развития у детей, врожденный гипотиреоз.

Актуальность. Врожденный гипотиреоз - хроническое заболевание, характеризующееся нарушением работы щитовидной железы и снижением концентрации гормонов щитовидной железы в крови. Согласно статистике врожденный гипотиреоз встречается с частотой 1-2 случая на 5000 новорожденных. Как правило, врожденному гипотиреозу подвержены девочки (в 2 раза чаще, чем мальчики) [1,8].

В детском возрасте щитовидная железа способствует росту и гармоничному развитию организма ребенка, развитию нервной системы и скелета, дефицит гормонов щитовидной железы вызывает сильное торможение умственного и физического развития детей [3,4].

Задержка психического развития (ЗПР) – вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся различные по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и особенностям динамики состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между интеллектуальной нормой и умственной отсталостью и имеющие тенденцию к положительной динамике при хорошо организованной реабилитационной работе [2,4].

Среди причин ЗПР выделяют 60–72% биологические (экзогенные вредности: соматические, инфекционные, эндокринные заболевания матери, интоксикации, токсикозы и патология течения беременности, несовместимость по резус-фактору, недоношенность, асфиксия, алкоголизм родителей, механические травмы, нейроинфекции, черепно-мозговые травмы в первые годы жизни и т.д.; действующие в анте-, интра- и перинатальном периоде) и 62% социальные (неблагоприятные семейные условия, неправильные условия воспитания, семьи с низким культурным, образовательным и социальным уровнем, воспитание детей в интернатах). Степени выраженности слабоумия могут быть разными: от легкой дебильности до идиотии.

Диагностика врожденного гипотиреоза проводится у всех детей в родильных домах на 3-4 день после рождения [1,5].

Наиболее выражена задержка психического развития при гипотиреозе раннего детского возраста и при врожденной форме гипотиреоза [3,6]. Простая задержка психического развития рассматривается в последнюю очередь, она

включает интеллектуальную недостаточность невыясненной этиологии, при которой не обнаруживают ни соматических, ни неврологических расстройств. Составляет 25% от числа больных ЗПР, пребывающих в медицинских учреждениях. Дети от здоровых сверстников не отличаются, и отмечаются задержки психического развития, эпилептические припадки (в несколько раз чаще, чем в общей популяции) [4,6,7].

Материал и методы исследования: В АО «РДРЦ» количество детей с врожденным гипотиреозом за 9 месяцев 2013 года – 43 детей, а в 2014 году – 14 детей. Эндокринная патология в АО «РДРЦ», при которой часто встречается задержка психического развития - врожденный гипотиреоз.

Клинические проявления задержки психического развития различить довольно легко. Это неадекватное поведение, неспособность разумно оценить свое заболевание, замедление двигательного развития, неспособность к обучению и неудовлетворительная успеваемость в школе, отсутствие представлений о времени и пространстве. Больные не могут выполнять какую-либо работу, требующую терпения и определенных навыков, а способны лишь к осуществлению самых простых заданий и неквалифицированному труду. Психические нарушения при гипотиреозе зависят от возраста, в котором развивается болезнь, степени выраженности эндокринных нарушений и нарушений со стороны внутренних органов. Происходят расстройства памяти и общее интеллектуальное снижение.

Результаты и обсуждение. За период с 2002 по 2014 г. частота психической патологии среди детей увеличилась на 16,7%, среди подростков – на 2,5%. Пик выявляемости ЗПР приходится на ранний школьный возраст (7–10 лет). Отмечается рост психических нарушений среди детей раннего возраста (до 3 лет).

Основные симптомы врожденного гипотиреоза это отставание в умственном и физическом развитии, сухость кожи, позднее закрытие родничка и позднее прорезывание зубов.

Обследование пациентов с умственной отсталостью представляет особую проблему для врачей. Пациенты не в состоянии сообщить необходимые анамнестические сведения, поэтому приходится больше полагаться на объективную симптоматику, чем на субъективные жалобы, не могут самостоятельно выполнять лечебные программы, дают реакцию на дачу лекарственных средств в виде возбуждения. Для распознавания этиологии задержки психического развития имеет существенное значение проведение генетического консультирования для членов семьи больного.

Генетическое консультирование входит в компетенцию специалистов-генетиков. Нейропсихофармакологи могут способствовать улучшению состояния некоторых больных с задержками психического развития, страдающих нарушениями контроля поведения и эмоций, а также эпилептическими припадками.

Для диагностики врожденного гипотиреоза у новорожденных детей используется шкала Апгара:



Признаки (симптомы)	Баллы
Запоры	2
Отечное лицо	2
Пупочная грыжа	2
Желтуха более 3 недель	1
Бледность кожи	1
Увеличенный язык	1
Мышечная слабость	1
Масса тела при рождении более 3500г	1
Открытый задний родничок	1
Беременность более 40 недель	1

В легких случаях отмечаются замедленность мышления и речи, снижение памяти и утомляемость. При гипотиреозе средней тяжести больные становятся апатичными, редко смеются или плачут, иногда возникают подавленное состояние. При выраженном гипотиреоидном слабоумии больные равнодушны к окружающему, но могут быть безразлично-добродушными или напротив злобными и недружественными. На фоне таких изменений могут возникать психозы с галлюцинациями и бредом.

Тяжелая форма нелеченного гипотиреоза у детей – кретинизм, которая проявляется:необратимым сурдомутизмом, спастикой в конечностях, ригидностью в покое и при ходьбе, низким ростом, искривленными конечностями, деформацией лица, низким уровнем развития интеллекта, склонностью к хроническим заболеваниям.

Лечение и профилактика. Лечение врожденного гипотиреоза проводится препаратами замещающими гормоны щитовидной железы или искусственными гормонами (в частности, L-тироксином)[4,6,7]. При правильном лечении дети с врожденным гипотиреозом развиваются нормально. Позднее начало лечения может привести к необратимым дефектам развития нервной системы и скелета ребенка. Обязательно назначаются витаминно-минеральные комплексы, лекарственные средства железа, диета для снижения лишнего веса. Чем раньше выявлен гипотиреоз, тем легче предотвратить возможные осложнения. Эффективных методов лечения аутизма не существует, но в некоторых случаях благоприятные результаты дает применение психотропных средств. Существенную помощь оказывает организация специальных школ и классов. В дальнейшем возможная реализация их профессиональных потребностей заключается в работе под руководством и под присмотром. В пределах имеющихся интеллектуальных способностей успех таких больных в обучении самоконтролю часто определяется тем, насколько эффективно их родители и педагоги прививали им и поощряли добросовестную работу, хорошие манеры и устойчивые личностные черты. Более

одаренные из них могут извлечь определенную пользу из формального образования. Менее способных можно обучить самостоятельно обеспечивать свои желания и потребности и добиться успехов в овладении ремесленными профессиями.

Таким образом, врожденный гипотиреоз необходимо диагностировать у новорожденных в родильных домах и своевременно лечить, что будет способствовать снижению количества детей с ЗПР, проявлениями кретинизма и повысит результативность лечения и реабилитации в условиях специализированных центров, одним из которых является АО «РДРЦ».

Литература:

1. Клименко Т.А., Безлепкина О.Б., Чикулаева О.А. Клиническая и экспериментальная тиреоидология. — 2010. — Т. 6, № 4. — С. 17-21.
2. Незнанов Н.Г. Умственная отсталость. Психиатрия: Национальное руководство под ред. Дмитриевой Т.Б., Краснова В.Н., Незнанова Н.Г. и др., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; с. 653–81.
3. Злоказова М.В. Значимость перинатальной патологии, социальных и наследственных факторов на формирование задержки психического развития/Рос.психиатр. журн. 2004; 4: 49–52.
4. Злоказова М.В. Задержка психического развития (клинико-психологические, сравнительно-возрастные и реабилитационные аспекты)/Дис. ... д-ра мед.наук. СПб., 2004.
5. Маслова О.И. Диагностика и структура неврологических синдромов психического дизонтогенеза детей раннего возраста. М., 2001.
6. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология М., 2013 г.
7. Фадеев В.В. Диагностика и лечение гипотиреоза//РМЖ. – 2004. - т. 12. - № 9. - с.569-572.
8. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Гипотиреоз. Руководство для врачей. Издательство: «РКИ Соверо пресс», Москва, 2002. Стр. 111–134.

РЕЗЮМЕ

ЗАДЕРЖКИ ТЕМПА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Кучербаева З.Т., Тугаева Ж.А.

Наиболее целесообразно рассматривать ЗПР как сборную группу различных по этиологии и патогенезу синдромов, имеющих сходную клиническую картину. Недостаточность исследований, посвященных коморбидности задержки темпа психического развития с другими психопатологическими синдромами, не позволяет индивидуализировать тактику терапевтического ведения пациентов с ЗПР и

повысить результативность лечения и реабилитации. Нет четких критериев постановки диагноза в группе детей младшего и дошкольного возраста. Пик выявляемости приходится на 7–10 лет, что слишком поздно для осуществления эффективной реабилитации.

ТҮЙІНДЕМЕ

ТУА БІТКЕН ГИПОТИРЕОЗЫ БАР БАЛАЛАРДЫҢ ПСИХИКАЛЫҚ ДАМУ ШАПШАҢДЫҒЫНЫҢ ТЕЖЕЛУІ

Кучербаева З.Т., Тугаева Ж.А.

ПДТ ұқсас клиникалық көрінісі бар этиология және патогенез синдромдары бойынша әртүрлі құрама топ ретінде қарастыру айтарлықтай тиімді. Психикалық дамудың тежелісі коморбидтілігін басқа психопатологиялық синдромдармен бірге зерттеу жетіспеушілігі, ПДТ бар пациенттерді терапиялық емдеу тактикасын жекелеп өткізуге және емдеу мен оңалтудың нәтижелілігін арттыруға мүмкіндік бермейді. Жас балалар мен мектеп жасына дейінгі балалар тобында диагноз қоюдың нақты белгілері (критерий) болған жоқ. Оны анықтау 7-10 жаста ғана мүмкін болады, бұл тиімді оңалту жасауды жүзеге асыру үшін тым кеш.

SUMMARY

TEMP OF DELAY MENTAL DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH CONGENITAL HYPOTHYROIDISM

Kucherbaeva Z.T., Tugaeva J.A.

The most appropriate to consider the CRA as a collective group of different etiology and pathogenesis of syndromes with similar clinical picture. Insufficient research on the comorbidity of mental development delays pace with other psychiatric syndromes can not individualize tactics therapeutic management of patients with mental retardation and increase the effectiveness of treatment and rehabilitation. No clear criteria for diagnosis in the group of infants and preschool children. Peak detection accounts for 7-10 years, which is too late for effective rehabilitation.

УДК: 577.164

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНОВ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Макалкина Л.Г.

*АО «Республиканский детский реабилитационный центр»
Лекарственный информационно-аналитический центр РГП
«Республиканский центр развития здравоохранения»*

Введение. Ввиду влияния витаминов на различные метаболические процессы их клиническое применение связано как с коррекцией гиповитаминозов, так и с лечением различных заболеваний. В последнее время в Казахстане отмечается тенденция к увеличению применения витаминов. Это связано с увеличением озабоченности населения своим здоровьем, активной рекламой в СМИ, а также широким спектром терапевтического и профилактического действия витаминов. Между тем, применение витаминов требует отношения к ним, как к лекарственным препаратом и должно быть клинически и научно обоснованным.

Цель исследования: определить степень доказательности показаний к применению витаминных препаратов и безопасность их применения.

Материалы исследования. Для оценки клинической значимости витаминов были использованы следующие источники информации: Кокрановская библиотека, база данных MIDLINE, Британский национальный формуляр (BNF67), база данных Национального центра экспертизы лекарственных средств РК, Martindale (Британская фармакопея), база данных FDA (США), Большой справочник лекарственных средств / под ред. Л. Е. Зиганшиной, В. К. Лепяхина, В. И. Петрова, Р. У. Хабриева (РФ).

Были использованы следующие уровни доказательности: А – мета-анализы, систематические обзоры, многочисленные рандомизируемые контролируемые исследования; В – результаты одного рандомизированного клинического исследования или крупных нерандомизированных исследований; С – Общее мнение экспертов и или результаты небольших исследований, ретроспективных исследований, регистров.

В данной статье представлены основные вопросы эффективности и безопасности применения витаминов. Данные по фармакодинамике и фармакокинетике, дозированию, побочным эффектам, особым указаниям, симптомам передозировки смотрите в инструкциях к применению (www.dari.kz).

Результаты. Самыми назначаемыми и применяемыми населением витаминами являются витамины группы В, аскорбиновая кислота, жирорастворимые витамины А, D, E.

Витамины группы В.

Наиболее клинически значимыми витаминами группы В являются: витамины В₁, В₆, В₁₂, никотинамид (имеет преимущество перед никотиновой кислотой вследствие отсутствия сосудорасширяющего действия). Другие витамины группы В (или вещества традиционноклассифицируемые как витамины группы В) такие как

аминобензойная кислота, биотин, холин, инозит, пантотеновая кислота или пантенол могут быть включены в препараты витамина В, но нет достаточных доказательств их клинической значимости.

Витамин В1 (Thiamine)

Общие сведения. Выпускается в виде 5% раствора в ампуле 1 мл. На территории РК зарегистрировано 10 препаратов витамина В₁, причем все только инъекционные. Отпускается по рецепту врача (!).

Кокрановская библиотечка: 236 КИ с 1966 г. Модельный формуляр ВОЗ: представлен.

Показания к применению:

Доказанная эффективность (уровень доказательности А)

- Гиповитаминоз и авитаминоз В₁ (в том числе у пациентов, получающих зондовое питание, находящихся на гемодиализе, с синдромом мальабсорбции). Недостаточность витамина В₁ возникает как минимум через 3 нед полного отсутствия тиамин. Авитаминоз может приводить к болезни бери-бери (сухой или влажной) или энцефалопатии Вернике.

- Корсаковский синдром при алкоголизме
- Энцефалопатия Вернике

Нет достаточных данных доказательности эффективности (уровень доказательности В)

- Улучшает функцию памяти при кокаиновой зависимости (предварительные исследования).
- Эффективен при лечении первичной дисменореи (по 100 мг внутрь один раз в день; курс лечения - 90 дней).
- Применение витаминов группы В (в частности, витамина В₁) позволяет сократить курс приема нестероидных противовоспалительных препаратов при лечении вертебральных синдромов.

Доказанная неэффективность (уровень доказательности А)

- Нет подтверждения эффективности назначения тиамин при лечении болезни Альцгеймера.

Противопоказания. Гиперчувствительность. Детский и подростковый возраст. Гипервитаминоз.

Беременность и лактация. Рекомендации FDA категории А (парентеральное применение) и С (при превышении рекомендуемой дозы). Нет сведений о проникновении в грудное молоко. Осложнения при приеме в рекомендуемых суточных дозах не зарегистрированы.

Клинически значимые взаимодействия:

- Алкоголь - затруднение всасывания тиамин.
- Бензилпенициллин, стрептомицин (в одном шприце) - разрушение антибиотиков.
- Деполяризующие миорелаксанты (суксаметоний) - ослабление их эффекта.
- Никотиновая кислота (в одном шприце) - разрушение тиамин.
- Пиридоксин - затруднение превращения тиамин в активную форму.
- Растворы, содержащие сульфиты - полный распад тиамин.
- Цианокобаламин - усиление алергизирующего действия тиамин.

Витамин В6 (Pyridoxinehydrochloride).

Общие сведения. Выпускается в виде раствора для инъекций 5% по 1 мл в ампуле, таблетки по 2 мг. На территории РК зарегистрировано 19 препаратов витамина В₆. Отпускается по рецепту врача (!).

Кокрановская библиотечка: 452 КИ с 1960 г. Модельный формуляр ВОЗ: представлен.

Показания к применению:

Доказанная эффективность (уровень доказательности А)

- Лечение и профилактика гиповитаминоза В₆.
- Периферические невриты при лечении пеницилламином болезни Вильсона
- Гипохромная и микроцитарная анемия, сидеробластная анемия
- Комплексная терапия туберкулеза, в сочетании с противотуберкулезными препаратами (с препаратами изоникотиновой кислоты) для предотвращения неврологических осложнений и уменьшения выраженности побочных эффектов.
- Токсикоз беременных - уменьшает тошноту и рвоту.
- Предменструальный синдром
- Поражения печени на фоне приема противотуберкулезных препаратов.

Нет достаточных данных доказательности эффективности (уровень доказательности В, С)

- Комплексное лечение себорееподобных, несеборейных и атопических дерматитов, опоясывающего лишая, нейродермита.
- Паркинсонизм, малая хорея, поздние дискинезии на фоне приема психотропных средств.
- Центральные и периферические параличи, радикулит, неврит, невралгия, диабетическая невропатия.
- Поражения печени при алкоголизме, острых и хронических гепатитах.
- Болезнь Литтла, болезнь и синдром Меньера, морская и воздушная болезнь, головокружение.
- Инволюционная депрессия - эффективность не установлена.
- Сахарный диабет 2-го типа.
- Атопический дерматит (эффективность не установлена).

Противопоказания:

- Гиперчувствительность.
- С осторожностью! Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ИБС.

Беременность и лактация. Рекомендации FDA категории А и С (если доза превышает рекомендуемую). Парентеральное введение в высоких дозах во время беременности может привести к синдрому зависимости у новорожденных. Нет сведений о проникновении в грудное молоко.

Клинически значимые взаимодействия:

- Витамин В₁ и В₁₂ - фармацевтическая несовместимость с пиридоксином.
- Диуретики - усиление диуретического эффекта.
- Леводопа - ослабление антипаркинсонической активности препарата (не снижает эффекта комбинации леводопа + карбидопа).
- Пеницилламин, циклосерин, этионамид, иммуносупрессоры [азатиоприн, хлорамбуцил, глюкокортикоиды, кортикотропин (АКТГ), циклофосфамид,

циклоsporин, меркаптопурин], изониазид - ослабление эффекта пиридоксина (вышеперечисленные препараты действуют как антагонисты или усиливают экскрецию пиридоксина, при длительном применении могут вызывать периферические невриты или анемию).

- Эстрогены или эстрогенсодержащие оральные контрацептивные препарат
- увеличение потребности в пиридоксине.

Витамин В₁₂ (Cyanocobalamin)

Общие сведения. Выпускается в виде 0,02% раствора по 1 мл в ампулах. На территории РК зарегистрировано 13 препаратов витамина В₁₂. Отпускается по рецепту врача (!).

Кокрановская библиотека: 53 КИ с 1965 г. Модельный формуляр ВОЗ: представлен.

Показания к применению:

Доказанная эффективность (уровень доказательности А)

- Злокачественные анемии, протекающие с дефицитом витамина В₁₂: болезнь Аддисона-Бирмера, алиментарная макроцитарная анемия.
- Дефицит витамина В₁₂ вследствие длительногонаркоза закисью азота, который инактивирует витамин В₁₂
- Редкие случаи синдрома врожденной В₁₂ недостаточностью Птранскобаламина.
- Профилактика дефицита витамина В₁₂ после полной резекции желудка или общей подвздошной резекции (или после частичной резекции желудка, если тест поглощения витамина В₁₂ показывает мальабсорбцию витамина В₁₂).
- Лечение апластической анемии, вызванной токсическими веществами и/или лекарственными средствами и при нарушениях со стороны нервной системы.

Нет достаточных данных доказательности эффективности (уровень доказательности В)

- Комплексное лечение анемий (в том числе железодефицитной, постгеморрагической)
- Хронический гепатит, цирроз печени, печеночная недостаточность
- Полиневрит, радикулит, невралгия (в том числе невралгия тройничного нерва), фуникулярный миелоз.
- Травмы периферических нервов, боковой амиотрофический склероз.
- ДЦП, болезнь Дауна
- При травмах периферической нервной системы
- Кожные заболевания (псориаз, фотодерматоз, герпетиформный дерматит, нейродермит).
- С профилактической целью - при назначении бигуанидов, аминсалициловой кислоты, аскорбиновой кислоты в высоких дозах, патологии желудка и кишечника, сопровождающейся нарушением всасывания витамина В₁₂ (резекция части желудка, тонкой кишки, болезнь Крона, целиакия, синдром мальабсорбции, спру), лучевой болезни.

Доказанная неэффективность (уровень доказательности А)

- Не эффективен при лечении синдрома хронической усталости.

Противопоказания.

- Гиперчувствительность
- Тромбоэмболия, эритремия, эритроцитоз
- Беременность (есть отдельные указания о возможном тератогенном действии применения высоких доз витаминов группы В), кормление грудью.

С осторожностью! Стенокардия, доброкачественные и злокачественные новообразования, сопровождающиеся мегалобластной анемией и дефицитом витамина В₁₂, склонность к образованию тромбов.

Беременность и лактация. Проникает в грудное молоко. Осложнения при приеме рекомендованных суточных доз не зарегистрированы. Не применять!

Клинически значимые взаимодействия:

- Алкоголь (прием в течение 2 нед. и более), аminosалицилаты, колхицин (особенно в комбинации с аминокликозидами) - снижение абсорбции цианокобаламина.
- Фолиевая кислота - назначение высоких доз способствует снижению концентрации витамина В₁₂

Витамин С (Ascorbic acid)

Общие сведения. Выпускается в виде 5% раствора в ампулах 1 и 2 мл., таблетки 50 мг и 100 мг; таблетки вагинальные 250 мг. На территории РК зарегистрировано 50 препаратов витамина С.

Кокрановская библиотека: 1490 КИ с 1948 г. Модельный формуляр ВОЗ: представлен.

Показания к применению:

Доказанная эффективность (уровень доказательности А)

- Гипо- и авитаминоз С.

Нет достаточных данных доказательности эффективности (уровень доказательности В, С)

- Повышенная потребность в витамине С (грудное вскармливание, интенсивный рост, напряженная работа).
- Профилактика простудных заболеваний. Эффективность не доказана; необходимы дальнейшие исследования.
- Стимуляция регенерации тканей.
- Бронхиальная астма
- Повышенная утомляемость, синдром хронической усталости.
- Острая лучевая болезнь.
- Заболевания ЖКТ: ахилия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (особенно после кровотечения), энтерит, колит, гельминтоз.
- Надпочечниковая недостаточность (болезнь Аддисона), гемосидероз.
- Эритродермия, псориаз, хронический распространенный дерматоз.
- Диффузные болезни соединительной ткани.
- Период реконвалесценции после тяжелых заболеваний.
- Геморрагический васкулит, кровотечения (в том числе из десен, носовые, легочные, маточные, на фоне передозировки антикоагулянтов).
- Заболевания печени (вирусный гепатит А, хронический гепатит) и холецистит. Цирроз печени.
- Посттрансфузионные осложнения.

- Кожные раны.
- Анемия. В комплексе с препаратами железа. Анемия при гемодиализе.
- Ожоги, вяло заживающие раны, переломы костей. Непосредственно на заживление не влияет, но можно использовать для улучшения механических свойств рубца (в сочетании с пантотеновой кислотой).
- Алкогольный или инфекционный делирий.
- Улучшает координацию движений, не влияет на интеллектуальную сферу.
- Отравление аконита джунгарского травой, бензокаином, анилином, дисульфирамом, барбитуратами, бензолом, дихлорэтаном, калия перманганатом, метиловым спиртом, мышьяком, окисью углерода, синильной кислотой, сульфаниламидами, фенолами, хинином, фенциклидином.

Противопоказания.

Гиперчувствительность.

При приеме больших доз: гиперкоагуляция, тромбофлебит, склонность к тромбозам, сахарный диабет, мочекаменная болезнь.

С осторожностью! Гипероксалурия, почечная недостаточность, гемохроматоз, талассемия, полицитемия, лейкопения, сидеробластная анемия, дефицит Г-6-ФД, серповидно-клеточная анемия, прогрессирующие злокачественные новообразования.

Беременность и лактация. Рекомендации FDA категории С (парентеральное применение). Адекватные и хорошо контролируемые исследования на человеке и животных не проводились. При приеме в рекомендованных дозах, близких к суточной потребности, осложнения не зарегистрированы. Проникает через плаценту. Может нанести вред плоду при приеме избыточных доз. В дозах, превышающих 5 г/сут, способен вызывать внутриутробную гибель плода.

Клинически значимые взаимодействия:

Аминофиллин, блеомицин, варфарин, доксапрама гидрохлорид, лактобионат, метициллин, натрия бикарбонат, нафциллин натрия, фитоменадион, хлордиазепоксид, цефазолин, цефапирин, конъюгаты эстрогена, декстраны, эритромицин - физико-химическая несовместимость.

Амфетамин, трициклические антидепрессанты - уменьшение их канальцевой реабсорбции.

Антибиотики, ацетилсалициловая кислота, оральные контрацептивы, свежие соки и щелочное питье - уменьшение всасывания и эффективности аскорбиновой кислоты.

Ацетилсалициловая кислота - усиление элиминации аскорбиновой кислоты с мочой и уменьшение почечной экскреции ацетилсалициловой кислоты.

Барбитураты, примидон - усиление экскреции аскорбиновой кислоты с мочой.

Бензилпенициллин, тетрациклины - повышение их концентрации в крови.

Дефероксамин - усиление токсичности тканевого железа (декомпенсация сердечной деятельности). Следует разобщить прием на 1-2 ч.

Дисульфирам, этанол - нарушение их взаимодействия.

Ионы тяжелых металлов - усиление окисления аскорбиновой кислоты.

Кислоты и препараты, обладающие свойствами кислот, - замедленное

выведение аскорбиновой кислоты почками.

Курение и этанол - ускорение биотрансформации аскорбиновой кислоты, уменьшение ее запасов в организме.

Нейролептики (производные фенотиазина) - уменьшение эффективности.

Непрямые антикоагулянты (производные кумарина и индандиона), гепарин натрия - аскорбиновая кислота в дозе 10 г и более снижает их эффективность.

Оральные контрацептивы - снижение их концентрации в крови.

Препараты железа - улучшение их всасывания в связи с трансформацией трехвалентного железа в двухвалентное.

Препараты хинолинового ряда, кальция хлорид, салицилаты, глюкокортикоиды - истощение запасов аскорбиновой кислоты в организме.

Салицилаты, сульфаниламиды короткого действия - повышение риска развития кристаллурии.

Средства, обладающие щелочной реакцией (в том числе алкалоиды), ускорение элиминации аскорбиновой кислоты почками.

Этинилэстрадиол (в составе оральных контрацептивов) - повышение его биодоступности (при дозе аскорбиновой кислоты более 1 г/сут).

Витамины группы D (Vitamin D)

Общие сведения. На территории РК зарегистрировано 19 препаратов. Кокрановская библиотека: 19 КИ с 1980 г. Модельный формуляр ВОЗ: представлен. Термин "Витамин D" используется для целого ряда соединений, которые обладают свойством профилактики или лечения рахита. Они включают в себя эргокальциферол (кальциферол, витамин D₂), холекальциферол (витамин D₃), дигидротахистерол, альфакальцидол (1 α -гидроксистолекальциферола) и кальцитриол (1,25-дигидроксистолекальциферол). Дефицит витамина D может возникнуть у людей с недостатком воздействия солнечного света и чей рацион является дефицитным по витамину D. Препараты, содержащие кальций с холекальциферолом применяются для коррекции комбинированного дефицита кальция и витамина D или пациентам с высоким риском дефицита кальция.

Важно! Всем пациентам, получающим фармакологические дозы витамина D необходимо определять концентрацию витамина D и кальция в плазме крови первоначально один или два раза в неделю и всякий раз, когда возникают тошнота или рвота.

Показания к применению

Доказанная эффективность (уровень доказательности A)

- Гипо- и авитаминоз витамина (профилактика и лечение)
- Рахит
- Остеопороз (инволюционный и постменопаузальный). Витамин D и кальциевые добавки снижают частоту переломов шейки бедра, исключая переломы позвонков при сравнении с плацебо и отсутствием лечения
- Альфакальцидол и кальцитриол следует назначать пациентам с тяжелой почечной недостаточностью, которым необходимо назначение витамина D.
- Кальцитриол показан для лечения остеопороза у женщин в постменопаузе.
- Парикальцитол, синтетический аналог витамина D, показан для профилактики и лечения вторичного гиперпаратиреоза, связанного с

хронической почечной недостаточностью.

Нет достаточных данных доказательности эффективности (уровень доказательности В,С)

- Не полноценное и несбалансированное питание (в том числе парентеральное, вегетарианская диета),
- Мальабсорбция
- Недостаточная инсоляция
- Профилактика ОРЗ
- Гипокальциемия, гипофосфатемия (в том числе семейная)
- Алкоголизм
- Печеночная недостаточность, цирроз, механическая желтуха, заболевания ЖКТ (глютеновая энтеропатия, персистирующая диарея, тропическая спру, болезнь Крона), быстрое похудание
- Беременность (особенно при никотиновой и лекарственной зависимости, многоплодная беременность), кормление грудью;
- Новорожденные, находящиеся на грудном вскармливании, при недостаточной инсоляции
- Прием барбитуратов, колестирамина, колестипола, минеральных масел, противосудорожных препаратов (в том числе фенитоина и примидона).
- Гипопаратиреоз: послеоперационный, идиопатический, тетания (послеоперационная и идиопатическая), псевдогипопаратиреоз.
- При расстройствах функции паращитовидных желез, для предупреждения приступов тетании
- Диабетическая нефропатия

Доказанная неэффективность (уровень доказательности А)

- Нефрогенная остеопатия. Витамин не предотвращает поражений костной ткани и не снижает риск переломов.

Противопоказания. Гиперкальциемия, гипервитаминоз D, почечная остеодистрофия с гиперфосфатемией.

С осторожностью! Атеросклероз, высокие дозы в пожилом возрасте (может способствовать развитию атеросклероза); туберкулез легких (активная форма), саркоидоз или другие гранулематозы; ХСН, гиперфосфатемия, фосфатный нефролитиаз, ХПН, беременность (у женщин старше 35 лет), кормление грудью, детский возраст, заболевания почек, гипопаратиреоз.

Беременность и лактация. Рекомендации категории В и С. Проблем при приеме терапевтических доз не зарегистрировано. Имеется недостаточно данных острой и хронической токсичности витамина у беременных. Гиперкальциемия в период беременности может быть результатом повышенной чувствительности к эффектам витамина, подавлению функции паращитовидной железы. Передозировка у животных приводила к аномалиям плода, неонатальной гипокальциемии и краниотабесу у детей.

Клинически значимые взаимодействия:

Аналоги витамина - риск токсических эффектов (особенно не рекомендуют с кальцифедиолом).

Антациды, содержащие алюминий, магний, - риск гипералюминемии и

гипермагниемии, особенно при ХПН.

Глюкокортикоиды - антагонизм действию витамина D.

Кальцитонин, этидронат, памидронат, пликамицин - антагонизм с витамином D.

Колестирамин, колестипол, минеральные масла - снижение всасывания витамина и, возможно, других жирорастворимых витаминов (увеличение дозы витамина D).

Препараты кальция (высокие дозы), диуретики (тиазиды) - риск гиперкальциемии (необходимо контролировать концентрацию кальция в сыворотке при длительном лечении).

Препараты, содержащие фосфор (высокие дозы), - риск гиперфосфатемии.

Противосудорожные средства (гидантоин^р, барбитураты, примидон) - снижение эффективности витамина (дополнительное введение витамина при длительном лечении антиконвульсантами).

Сердечные гликозиды - риск гиперкальциемии и аритмий (с осторожностью!).

Витамин А (Retinol)

Общие сведения. Выпускается в виде капсул (33000МЕ), масляного раствора 8,6% для приема внутрь и наружного применения. На территории РК зарегистрировано 6 препаратов.

Кокрановская библиотека: 19 КИ с 1980 г. Модельный формуляр ВОЗ: представлен.

Дефицит витамина А (ретинол) вызывает нарушения глаз (особенно ксерофтальмию) и повышенную восприимчивость к инфекциям. Массивная передозировка может вызвать огрубление кожи, сухость волос, увеличение печени, повышение СОЭ, уровня кальция и концентрации щелочной фосфатазы в сыворотке крови.

Показания к применению:

Доказанная эффективность (уровень доказательности А)

- Гипо- и авитаминоз А

Нет достаточных данных доказательности эффективности (уровень доказательности В)

- Пигментный ретинит, гемералопатия, ксерофтальмия, кератомалация, конъюнктивит, экзematозное поражение век, кератоктомия.
- Отморожения, ожоги, раны, эрозии, язвы, трещины.
- Ихтиоз, гиперкератоз, себорейный дерматит, псориаз, пиодермия, atopический дерматит, нейродермит, экзема (некоторые формы), туберкулез кожи.
- Одновременное применение у детей в возрасте 9 мес вакцины для профилактики кори и ретинола улучшает восприимчивость к вакцине и содержание собственно витамина в организме.
- Пневмония
- Шигеллез, диарея.
- Трахеит, бронхит. ОРЗ.
- Малярия.
- Рахит, гипотрофия, мастопатия, гипертиреоз (в составе комплексной терапии).
- Эрозивный гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, цирроз печени.

- Эпителиальные опухоли.
- Лейкоз - повышение устойчивости костного мозга к действию цитостатиков при комплексной химиотерапии.
- Лейкоплакия.
- Профилактика образования конкрементов в желчных и мочевыводящих путях, а также дерматозов (после прекращения лечения глюкокортикоидами).

Доказанная неэффективность (уровень доказательности А)

- Не оказывает положительное влияние на симптомы ранней макулопатии.

Противопоказания

Гиперчувствительность, гипервитаминоз А, беременность (I триместр), острые воспалительные заболевания кожи.

С осторожностью! Нефрит, сердечная недостаточность II-III степени.

Беременность

Рекомендации FDA категории X (парентеральное применение, тератогенное действие). У человека ретинол проникает через плаценту в ограниченном количестве. У детей, матери которых принимали высокие дозы ретинола в период беременности, возможны аномалии развития (мальформации мочевыводящих путей, замедление роста, раннее закрытие эпифизарных зон роста и др.). Не рекомендовано назначать ретинол в дозе, превышающей 6 тыс. ЕД/сут, вследствие потенциальной фетотоксичности. У животных передозировка ретинола вызывала мальформации ЦНС, уродства, дегенерацию позвоночного столба, ребер, грудной клетки, сердца, нёба, глаз и мочеполовой системы у плода.

Клинически значимые взаимодействия

Антибиотики тетрациклинового ряда - несовместимость (риск развития злокачественной интракраниальной гипертензии).

Витамин Е - уменьшение токсичности ретинола; при приеме в больших дозах способствует уменьшению запасов витамина А в организме.

Глюкокортикоиды и салицилаты - уменьшение риска возникновения побочных эффектов.

Изотретиноин - усиление токсических эффектов препарата.

Колестипол[®], колестирамин[®], натуральные масла, неомицин (внутрь) - нарушение всасывания витамина А.

Оральные контрацептивы - увеличение концентрации витамина А.

Препараты кальция (в больших дозах) - гиперкальциемия.

Витамин Е (TOCOPHEROL)

Общие сведения. Токоферол выпускается в виде капсул 100МЕ, 50% раствора в масле капсулы 200мг, таблетки 100 мг. На территории РК зарегистрировано 29 препаратов.

Кокрановская библиотека: 19 КИ с 1980 г. Модельный формуляр ВОЗ: не представлен.

Суточная потребность витамина Е не установлена. В экспериментах была выявлена антиоксидантная активность витамина Е, которая была опробована в клинических условиях, но не было выявлено доказательств клинической значимости витамина Е.

Показания к применению:

Нет достаточных данных доказательности эффективности (уровень

доказательности В,С)

Гиповитаминоз.

Мышечная дистрофия, боковой амиотрофический склероз. Необходимы дальнейшие исследования.

Дегенеративные изменения связочного аппарата (в том числе позвоночника), суставов и мышц, посттравматическая и постинфекционная вторичная миопатия, дерматомиозит

- Остеоартроз.

Витамин Е оказывает благотворное влияние только в группах пациентов высокого риска с атеросклерозом.

Дисменорея, угрожающий аборт, климакс, ухудшение условий внутриутробного развития плода.

Миокардиодистрофия.

Диабетическая полинейропатия и ангиопатия.

Дерматозы, трофические язвы, псориаз.

Пожилой возраст, гипотрофия.

Атрофия слизистой оболочки дыхательных путей.

Синдром мальабсорбции.

Доказанная неэффективность (уровень доказательности А,В)

- Не эффективен при артрите коленных суставов.

- Гипофункция половых желез у мужчин, нарушение сперматогенеза и потенции.

- Сердечно-сосудистая недостаточность. Установлен минимальный эффект.

Необходимы дальнейшие исследования.

- Стенокардия.

- Остановка сердца.

- Пародонтоз.

Противопоказания

Повышенная чувствительность к компонентам препарата

- Детский возраст до 12 лет

- Острый инфаркт миокарда

- Гипотромбинемия на фоне гиповитаминоза К.

Беременность

Категория рекомендаций FDA не определена. Частично проникает через плаценту; плод получает от 20% до 30% концентрации витамина в крови матери.

Клинически значимые взаимодействия

Антикоагулянты, производные кумарина или индадиона - риск развития гипотромбинемии, кровотечений.

Ацетилсалициловая кислота - повышение риска возникновения десневых кровотечений.

Витамин D, сердечные гликозиды - уменьшение их эффективности.

Колестирамин, колестипол или минеральные масла - нарушение всасывания витамина Е.

Препараты железа - увеличение потребности в витамине Е (катализируют его окисление).

Ретинол - улучшение всасывания, уменьшение токсичности витамина Е. Большие дозы последнего снижают биодоступность ретинола.

Выводы:

1. Витаминные препараты должны применяться в соответствии с доказанными показаниями.
2. В комплексной терапии различных заболеваний необходимо учитывать взаимодействие с витаминными препаратами для повышения безопасности пациентов.
3. Только разумное, научно обоснованное применение витаминов позволит получить наибольшую клиническую пользу от использования витаминов без вреда для здоровья пациентов и лишних финансовых затрат.

Литература:

1. Большой справочник лекарственных средств / под ред. Л. Е. Зиганшиной, В. К. Лепахина, В. И. Петрова, Р. У. Хабриева / М.:ГЭОТАР – Медиа, - 2011, – 3344с.
2. www.cochrane.org

РЕЗЮМЕ

**КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНОВ:
ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Макалкина Л.Г.

Ввиду влияния витаминов на различные метаболические процессы их клиническое применение связано как с коррекцией гиповитаминозов, так и с лечением различных заболеваний. Между тем, применение витаминов требует отношения к ним, как к лекарственным препаратам и должно быть клинически и научно обоснованным.

Был проведен систематический поиск доказательности показаний к применению витаминов в базах данных: Кокрановская библиотека, MIDLINE, Британский национальный формуляр (BNF67), база данных Национального центра экспертизы лекарственных средств РК, Martindale (Британская фармакопея), база данных FDA (США) глубиной в 15 лет.

В результате исследования было выявлено, что большинство показаний к применению витаминов имеют низкую и среднюю степень доказательности. Основными доказанными показаниями являются лабораторно и клинически подтвержденные гипо- и авитоминозы. Кроме того, в комплексной терапии различных заболеваний необходимо учитывать взаимодействие лекарственных средств с витаминными препаратами для повышения безопасности пациентов.

**ВИТАМИНДЕРДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ҚОЛДАНЫЛУЫ: МҮМКІНДІКТЕР
МЕН ШЕКТЕУЛЕР**

Макалкина Л.Г.

Витамины әртүрлі метаболикалық процестерге әсер ететіндіктен, олардың клиникалық қолданылуы гиповитаминозды түзетуге, сондай-ақ әртүрлі ауруларды емдеуге байланысты. Әйтсе де, витаминдерді пайдалануға дәрілік препараттарға секілді қарау талап етіледі және клиникалық және ғылыми жағынан негізделген болуы тиіс.

Витамины қолдану айғақтарының дәлелділігіне мына дерек қорларда: Кокран кітапханасы, MIDLINE, Британ ұлттық формуляры (BNF67), ҚР Дәрілік заттарды сараптау ұлттық орталығының деректер қорында, Martindale (Британдық фармакопея), ауқымдылығы 15 жыл FDA (АҚШ) деректер қорында жүйелі іздестіру жүргізілді.

Зерттеудің нәтижесінде витаминдерді қолдану айғақтарының көпшілігі төменгі және орташа дәлелдік деңгейде екендігі айқындалды. Зертханалық және клиникалық расталған гипо- және авитоминоздар негізгі дәлелденген айғақтар болып табылады. Бұған қоса, емделушілердің қауіпсіздігін арттыру үшін әртүрлі аурулардың кешенді терапиясында дәрілік заттардың витамин препараттарымен өзара әрекеттесуін есепке алу қажет.

SUMMARY**CLINICAL USE OF VITAMINS: POSSIBILITIES AND LIMITATIONS**

Makalkina L.G.

Considering influence of vitamins on various metabolic processes their clinical use aligned with hypovitaminosis correction, and with various diseases treatment. Meanwhile, vitamin using provides for the attitude towards them as to drugs and has to be clinically and evidence-based.

Systematic search of indication conclusiveness to vitamin using in databases was carried out: Cochrane Library, MIDLINE, British National Formulary (BNF67), the database of the National Center for Drug Expertise, medical devices and medical equipment of the RK, Martindale (British Pharmacopoeia), the FDA database (USA) during 15 years.

As a result of research it was detected that most of indications and usage of vitamins have low and average degree of conclusiveness. The main evidence indicators are laboratory and clinically confirmed hypo/avitaminosis. Besides, in complex therapy of various diseases it is necessary to consider drug-vitamin interactions for increase patient safety.

УДК: 615.82:616.831-009.11-053.2

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ МАССАЖА У ДЕТЕЙ С ДЦП

Малиновская М.А., Сундетова Р.А.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр» г. Астана

Ключевые слова: ДЦП, реабилитация, массажный комплекс, этапы двигательного развития.

Актуальность. В структуре детской инвалидности лидирующее положение (от 30% до 70%) занимает ДЦП. В Казахстане, по данным статистики, на учёте состоит 44000 детей с диагнозом ДЦП, в среднем составляет 2,0-5,9 на 1000 родившихся. Детский церебральный паралич (ДЦП) – это группа полиэтиологических симптомокомплексов, которые возникают в результате недоразвития или повреждения головного мозга в пренатальном, интранатальном и раннем постнатальном периоде [1]. Распространенность ДЦП равна 2,01-2,06 на 1000 детей. Соотношение мужского и женского пола составляет 1,9:1 [1].

Дети с ДЦП, особенно в раннем детстве, очень нуждаются в реабилитационных программах. Одним из методов реабилитации является массаж. Массажный комплекс разрабатывается для каждого ребёнка индивидуально с учетом формы ДЦП. [2].

В настоящее время массаж используется не только, как лечебное средство, но и как средство реабилитации и повышения работоспособности. Столь долгий интерес человечества к массажу – яркое свидетельство его полезности и необходимости.[2].

Существуют множество различных видов массажа. В зависимости от того с какой целью применяется массаж и какими средствами осуществляется воздействие на поверхность тела. Выделяют массажи: гигиенический, лечебный, спортивный, сегментарно-рефлекторный, профилактический, косметический, реанимационный, детский, аппаратный.

Методы и формы массажа делятся на ручной массаж, аппаратный массаж, смешанный массаж и ножной массаж. Под методом массажа понимают специальные механические приёмы, проводимые с помощью рук или аппаратов. При ручном массаже массажист постоянно изучает массируемую область с помощью осязания и зрения, это необходимо для сравнения её состояния до и после массажа, а также после нескольких сеансов. Аппаратный массаж проводят с помощью специальных аппаратов (различных по сложности и методам применения). К аппаратному массажу относятся: вибрационный, ультразвуковой, баромассаж и массаж с помощью ручных устройств и инструментов. Отдельное место занимает восточный массаж, он выполняется педально. Сейчас стали модными массажи с применением различных предметов камни, бамбуковые палочки, банки и т.д.

По формам массаж может быть общим и местным. При местной форме массажа

массируется определённая часть тела. Например: рука, это может быть кисть, запястья, плечо или вся рука. При общем массаже массируется все тело. Некоторые массажисты включают в общий и массаж головы. Массаж головы делают только по назначению врача [3].

В основе всех массажей лежат приёмы «классического массажа» - поглаживание, растирание, разминание, ударные приёмы и вибрация.

В детском массаже используются практически те же самые приемы, что и в классическом массаже, но выполняются они очень мягко и нежно. Не все приемы классического массажа (особенно многие приемы ударной вибрации) показаны ребенку первого года жизни. Кроме того, при выполнении массажа следует учитывать анатомо-физиологические особенности организма и этапы двигательного развития ребенка [4].

Не менее важно время занятий, многие мамы ошибочно считают, что массаж длится 40 минут. Первое занятие длится не более 8-10-15 минут. Нагрузку надо увеличивать постепенно. Каждому возрасту своя нагрузка, интенсивность и глубина массажа. Не надо забывать о проблемных зонах. К ним относятся воротниковая зона, зона декольте - верхняя часть грудной клетки, руки - дельтовидная мышца, пронатор. Первые 2-3, а то и 4 занятия ребёнок будет реагировать плачем на массаж этих мест [2].

Эффективность применения массажа:

1. Здоровым детям назначают общеукрепляющий массаж и отмечают хорошие результаты по этапам двигательного развития на 100%.

2. При угрозе по ДЦП – повышенный или пониженный физиологический тонус мышц. Массаж общеукрепляющий и отмечают результаты по этапам двигательного развития на 85-92%. Необходимо параллельно назначения лечения врача невролога или педиатра.

3. ДЦП. Массаж назначают параллельно с основным лечением и реабилитацией. Говорить о хороших результатах от массажа не приходится. Отмечаются результаты от предполагаемого всего на 15-25%. Чем тяжелее форма заболевания, тем меньше процент улучшения.

При атоника-астатической форме массаж улучшает кровообращение, лимфоотток, общее состояние кожи и мышечный тонус. Рекомендуют глубокий, грубый, тонизирующий массаж.

При спастических диплегиях и гемипарезах массаж, кроме улучшения кровообращения, лимфооттока, общего состояния кожи и снижения мышечного тонуса. Способствует увеличению объёма движений в суставах, что в свою очередь необходима для профилактики образования контрактур. Рекомендуют к расслабляющему массажу с глубокой проработкой спастических мышц добавить движения (чаще движения пассивные).

При наиболее сложных формах ДЦП в плане реабилитации (спастико-гиперкинетических, гиперкинетических формах) массаж направлен не только на улучшение кровообращения, лимфооттока, на общее состояние кожи, снижение или повышение мышечного тонуса, а также на профилактику образования контрактур и профилактику сколиоза. Также рекомендуют расслабляющий массаж с глубокой проработкой спастических мышц, пассивными движениями и фиксацией (лечение

положением).

Для правильного развития ребенка и приобретения им стойкого иммунитета к различным заболеваниям с ним необходимо заниматься гимнастическими и дыхательными упражнениями, а также проводить регулярные сеансы гигиенического массажа. Реабилитация детей с ДЦП должна быть комплексной, направленной на адаптацию ребенка, развитие умений и навыков, которые позволят общаться со сверстниками, учиться, жить в обществе.

Таким образом, дети с ДЦП, особенно в раннем детстве, очень нуждаются в реабилитационных программах с использованием массажа. В детском массаже используются те же классические приемы массажа, но выполняются они очень мягко и нежно. При наиболее сложных формах ДЦП в плане реабилитации (спастико-гиперкинетических, гиперкинетических формах) массаж направлен не только на улучшение кровообращения и лимфооттока, а также на профилактику образования контрактур и сколиоза.

Литература:

1. Петрухин А. С.. Неврология детского возраста. Москва. «Медицина» 2004 год.
2. Васичкин В. И. Все о массаже, АСТ-Пресс, 2008 г. Серия: 1000 советов.
3. Фокин В.Д. Полный курс массажа: Учебное пособие. 2-е издание, испр. и доп. - М.: ФАИР-ПРЕСС, 2001. - 512 с.: ил.
4. Васичкин В.И. «Справочник по массажу» - Ленинград: Медицина, 1991 - с.192

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ МАССАЖА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Малиновская М.А., Сундетова Р.А.

Массажный комплекс разрабатывается для каждого ребёнка индивидуально с учетом формы детского церебрального паралича. Чем тяжелее форма заболевания, тем меньше процент улучшения. При ДЦП массаж назначают параллельно с основным лечением и реабилитацией.

ТҮЙІНДЕМЕ

БАЛАЛАРДАҒЫ ЦЕРЕБРАЛДЫ ПАРАЛИЧТЕ МАССАЖ ТҮРЛЕРІНІҢ ҚОЛДАНЫС ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Малиновская М.А., Сундетова Р.А.

Балалардағы церебралды параличте массаж кешені әрбір балаға ерекше әзірленеді. Ауру түрлерінің ауырлығы қаншалықты жоғары болса, соғұрлым жақсару пайызы төмен болады. Массаж тағайындау балалардағы церебралды параличте, негізгімен және оңалуымен қатар жүреді.

SUMMARY

FEATURES APPLICATION OF FORMS MASSAGE AT CHILDREN WITH THE CHILDREN'S CEREBRAL PALSY

Malinowskaya M.A., Sundetova R.A.

The massage complex is developed for each child individually taking into account a form of a children's cerebral palsy. The disease form is heavier, the it is less than a percent of improvement. At cerebral spastic infantile paralysis massage is appointed in parallel with the main treatment and rehabilitation.

УДК: 616.31-002:616.43

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ

Ногайбаев Д.М., Кучербаева З.Т.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Ключевые слова: железы внутренней секреции, парестезия, нарушение вкуса, грибковые заболевания, стоматиты, гингивиты.

Актуальность. Изменение функции желез внутренней секреции приводят к эндокринным расстройствам и патологическим состояниям, в основе которых лежат гиперфункция, гипофункция и дисфункция желез, вызывающие те или иные изменения в полости рта [1,5].

Железы внутренней секреции (эндокринные, инкреторные) - общее название желез, продуцирующих активные вещества (гормоны) и выделяющие их непосредственно во внутреннюю среду организма. К железам внутренней секреции относятся гипофиз, щитовидная железа, паращитовидные железы, надпочечники [3,4,6].

При помощи гормонов, вырабатываемых железами внутренней секреции, в организме осуществляется гуморальная (через жидкие среды организма - кровь, лимфу) регуляция физиологических функций. А так как все железы внутренней секреции иннервируются, то их деятельность находится под контролем центральной нервной системы, то есть гуморальная регуляция подчинена нервной регуляции, вместе с которой она составляет единую систему нейрогуморальной регуляции [7,10].

Ксеростомия – первым признак сахарного диабета в полости рта. Снижение слюноотделения, приводит к развитию дисбактериоза, с увеличением количества гемолитических стрептококков и стафилококков. Гипергликемия и «скачки» уровня

глюкозы в крови в течение суток часто приводили к подавлению саливации и ощущению сухости в полости рта [2,8].

Гипотиреоз вызывающий изменение микроэлементного состава твердых тканей зуба, приводил к задержке прорезывания молочных зубов и запаздыванию смены молочных зубов постоянными зубами[9,11].

Катаральный гингивит– это поражение десен под влиянием эстрогенных гормонов, с изменением эпителия слизистой оболочки полости рта [1,5,10].

Материалы и методы исследования. Обследованы в АО «РДРЦ» за 9 месяцев 2013г. -1292 детей, а в 2014 г.- 510 детей, что составляет по 49% детей с различными эндокринными патологиями, которые сопровождаются нарушениями вкуса. Проведены клинический осмотр пациентов, осмотр стоматолога, педиатра, эндокринолога, взяты анализ крови, анализ мочи, биохимический анализ крови, содержания глюкозы в сыворотке крови и моче, содержание гормонов в крови, а также проведены бактериоскопические исследования - соскоб с поверхности слизистой оболочки рта.

Заболевания полости рта за 9 месяцев 2013-2014гг. при некоторых эндокринных патологиях

Нозология	Всего детей		Парестезии и нарушение вкуса		Ксеростомия		Стоматиты		Кариес		Пародонти т Гингивит	
Года	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Гипотиреоз	640	253	47	19	160	42	38	34	194	80	201	78
	49%	49%	49%	50%	50%	50%	50%	50%	49%	50%	50%	50%
Сахарный диабет	9	4	1	0	2	1	1	0	3	2	2	1
Диффузно-токсический зоб	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Гипопаратиреоз	640	253	47	19	160	42	38	34	194	80	201	78
	49%	49%	49%	50%	50%	50%	50%	50%	49%	50%	50%	50%
Всего	1292	510	96	38	322	86	77	68	392	163	405	156

Первыми признаками заболеваний полости рта у детей осмотренных в АО «РДРЦ» были: сухость, жжение слизистой оболочки полости рта, потеря нитевидных сосочков языка, жажда. Частота поражений слизистой оболочки полости рта, языка и губ при эндокринных нарушениях колебалась от 2 до 80%. Изменения в полости рта выявлялись чаще при сахарном диабете, расстройстве функции половых, щитовидной и околощитовидных желез; гипопаратиреоза, коры надпочечников. В связи с этим своевременная и правильная оценка стоматологом местных проявлений этих заболеваний в полости рта способствует их ранней диагностике.

У больных сахарным диабетом наряду с сухостью и жжением слизистой оболочки рта отмечались парестезии. При декомпенсированной форме сахарного диабета, нарушалась анализаторная функция вкусового рецепторного аппарата, а

именно отмечалось снижение вкусовой чувствительности к сладкому, соленому или кислому, а в ряде случаев - к горькому. Наблюдались расстройства нервной системы (неврит, невралгия тройничного нерва).

При тяжелой форме гипотиреоза у пациентов в АО «РДРЦ», отмечалось одутловатость и бледность, утолщение языка, анемичность, отеки и сухость слизистой оболочки рта. Общее состояние характеризуется слабостью, сонливостью, вялостью, медлительностью, снижением памяти и слуха. Признаками гипотиреоза являются гиперхолестеринемия и каротинемия, вследствие чего слизистая оболочка рта и кожа приобретают желтоватую окраску. Отмечались в редких случаях нарушения вкуса.

Тиреотоксикоз (базедова болезнь) – это гиперплазия и гиперфункция щитовидной железы, встречался у пациентов в АО «РДРЦ» реже гипотиреоза. Проявлениями были жжение слизистой оболочки рта, ухудшение общего самочувствия (одышка, повышенная утомляемость, раздражительность, потливость и др.), реже - снижение вкусовой чувствительности. При осмотре полости рта слизистая оболочка была бледной и отечной. Десквамативный глоссит встречающийся при данном заболевании не отмечался.

Ксеростомия - сухость в полости рта, обусловленная уменьшением слюноотделения. В практике АО «РДРЦ» встречалась практически при всех нозологических формах. Часто сухость сочеталась с повышенной жаждой и аппетитом, реже жжением и покалыванием в области языка, губ, десен; реже отмечался зуд и жжение в области половых органов или других частях тела. При осмотре слизистая оболочка рта сухая, блестящая, отечная и гиперемизированная, язык сухой, реже встречалась десквамация его сосочков и парестезии.

При сахарном диабете наиболее распространенной формой патологии полости рта в практике АО «РДРЦ» является кандидоз, развивающийся вследствие дисбактериоза в полости рта и нарушения кислотно-основного равновесия с накоплением в тканях недоокисленных продуктов обмена (молочной и пировиноградной кислот). Для кандидоза слизистой оболочки рта при сахарном диабете было характерно стойкое и упорное течение. При сахарном диабете даже незначительное воздействие травмирующего фактора приводило к воспалению слизистой оболочки рта и к нарушению ее целостности с образованием трещин, порой эрозий и реже язв. Отмечается боль при приеме горячей, острой или сухой пищи. Эрозии и язвы характеризуются длительным течением вследствие снижения регенераторных свойств слизистой оболочки. Микотическая заеда, чаще была проявлением сахарного диабета и гипотиреоза, при которой в углах рта образуются трещины, покрытые небольшими серовато-белыми корками.

Аддисонова болезнь - это хроническая недостаточность функции коры надпочечников, в практике АО «РДРЦ» не встречалась, заболевание проявляется пигментацией на коже в местах, подвергающихся воздействию света (лицо, тыльная поверхность кистей рук). На слизистой оболочке рта в области щек, по краям языка, на небе, деснах появляются небольшие (от одного до нескольких квадратных миллиметров) пятна или полосы серовато-черного, темно-коричневого или голубовато-серого цвета, овальной формы, в виде полос или мелкой зернистости. Может нарушаться общее самочувствие, возможны астения, желудочно-кишечные

нарушения (тошнота, рвота, понос, боль в животе), головная боль, снижение памяти, похудание.

Заболевания пародонта в практике стоматолога АО «РДРЦ» составляет 94-96%. Частыми являются гингивит (воспаление десны) и пародонтит (воспаление структуры перидонтальной связки и кости альвеолярных отростков).

Причинами воспалительных заболеваний пародонта были: неправильный прикус, нарушения формы зубов, пищевой дисбаланс (недостаток белка, витаминов), нарушение обмена веществ и плохая экология. Микробные скопления в области шейки зуба, межзубных промежутках, и выделяемые ими ферменты и токсин, приводили к воспалительному процессу.

В АО «РДРЦ» встречались гингивиты в период полового созревания, называемые гормональными, гиперэстрогемия вызывала гиперемии и усиление кровообращения, с повышением проницаемости сосудистой стенки. Очень редко гормональные гингивиты сопровождалось увеличением подвижности зубов, вследствие остеопороза костных структур альвеолярного гребня. Поражения десен у подростков с локализацией в области фронтальных зубов называются ювенильным гингивитом, чаще он отмечался в подростковом периоде одинаково у мальчиков и девочек. Заболевания полости рта на фоне сахарного диабета наблюдались у 87% больных, вследствие нарушения регионарной гемодинамики. Чем тяжелее было течение сахарного диабета и больше его длительность, тем сильнее было выражено поражение тканей пародонта. Катаральный гингивит с отеком и кровоточивостью десен, впоследствии трансформировался в пародонтит, с прогрессирующим течением с выраженными воспалительно-деструктивными изменениями всех тканей пародонта. Пародонтальные абсцессы не встречались. Кариес, зубной налет и образование зубного камня у детей в АО «РДРЦ» встречался при сахарном диабете, гипотиреозе, диффузно-токсическом зобе, гипопаратиреозе.

При сахарном диабете причиной образования зубного налета, это высокая концентрация глюкозы в слюне (от 0,44 до 6,33 мг глюкозы на 100мл слюны, при норме от 0,24 до 3,33мг), способствующая размножению микроорганизмов, а понижение щелочных резервов приводит к образованию зубного камня. Даже при компенсированной форме сахарного диабета отмечалось нарушение минерального обмена, способствующего образованию кариеса.

При диффузном токсическом зобе, с интоксикацией организма избыточно продуцируемыми и выделяемыми в кровь тиреоидными гормонами, кариес в 5 раз чаще встречался у девочек 12–14 лет.

При гипотиреозе отмечалась гипоплазия эмали, гипосаливация, кариес, задержка сроков прорезывания и смены зубов, встречалась измененная форма: круглые резцы в поперечном сечении, клыки и моляры в форме резцов, укороченные или сдвоенные (сросшиеся зачатки) коронки.

Околощитовидными железами вырабатываются вещества белковой природы – паратгормон, или паратиреоидный гормон, участвующий в регуляции минерального, кальциевого и фосфорного обмена, влияет на процессы обызвествления и декальцификации в костях. При недостатке в организме гормона околощитовидных желез нарушается метаболизм фосфора и кальция.

При гипопаратиреозе вследствие нарушения белкового и минерального обмена, отмечалось нарушение обызвествления эмали и дентина, отмечались

непрозрачные пятна белого цвета, замедленное прорезывание зубов.

Лечение. Противогрибковую терапию при грибковом стоматите проводят по согласованию с эндокринологом. Необходима санация полости рта и соблюдение щадящего режима питания. В АО «РДРЦ» работает диетолог совместно с другими специалистами.

При тиреотоксикозе, сахарном диабете тщательно saniруют полость рта и осуществляют симптоматическую местную терапию. Местное лечение при парестезии и нарушении вкуса включает санацию полости рта. По показаниям симптоматическая терапия.

Общее лечение ювенильного гингивита проводит эндокринолог, местное - рекомендуется при наличии показаний. Необходимы систематические гигиенические процедуры, удаление зубного камня, санация полости рта. По показаниям проводится ортодонтическое лечение. Медикаментозное лечение гипертрофического гингивита осуществляют по общепринятой методике.

Аддисонову болезнь лечит эндокринолог. Специального местного лечения не требуется.

При гипотиреозе лечение проводит эндокринолог, оно заключается в заместительной терапии тиреоидными препаратами. Обязательна санация полости рта.

При лечении сахарного диабета назначают рациональное питание с необходимым для правильного обмена веществ соотношением основных пищевых продуктов (белки, жиры, углеводы). При появлении в моче ацетона жиры временно исключают и прибавляют углеводы, соответственно увеличивают дозу вводимого инсулина.

Профилактика.

- ранняя диагностика заболеваний полости рта, комплексное планирование профилактики и лечения развивающихся патологий в полости рта.
- своевременное обращение к специалистам: стоматологу, педиатру и эндокринологу при выявлении поражений слизистой оболочки полости рта.
- предупреждение нарастания инсулиновой недостаточности при сахарном диабете, ограничении углеводов в рационе питания и устранении стрессовых ситуаций.
- плановые осмотры, санацию полости рта у детей с эндокринной патологией проводить в зависимости от характера и формы течения основного заболевания, с учетом активности кариозного процесса, но не реже 3 раз в год.
- проведение комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на повышение резистентности твердых тканей зубов, восстановление функциональной активности ротовой жидкости, улучшение трофических процессов и повышение резистентности слизистой оболочки полости рта.
- диагностика ранних клинических признаков нарушений эндокринной системы в полости рта у детей с целью предупреждения развития многих осложнений.

Выводы. Таким образом, полиморфизм клинических проявлений сочетанных нарушений эндокринной системы и слизистой оболочки полости рта подчеркивает важное значение ранней диагностики и своевременного лечения.

Литература:

1. СолСильвермен, Л. Рой Эверсоул, Эдмонд Л. Трулав. Заболевания полости рта; пер. с англ. – М. :МЕДпресс-информ, 2010.
2. Дедов И.И., Петеркова В.И. Справочник детского эндокринолога. – ЛитТерра, 2011.
3. Чарльз Г.Д. Брук, Розаменд С. Браун. Руководство по детской эндокринологии. – ГЭОТАР – Медиа, 2009.
4. Ранняя диагностика эндокринной патологии у детей и подростков. Медицинская газета «Здоровья Украины» октябрь 2007.
5. Камерон А. Уидмер Р. Справочник по детской стоматологии; пер. с англ. под ред. Т.Ф.Виноградовой, Н.В. Гинали, О.З. Топольницкого.- М. :МЕДпресс – информ, 2010.
6. Барер Г.М. Пародонтит у больных сахарным диабетом первого типа (обзор литературы)/ Г.М.Барер, К.Р. Григорян// Пародонтология. – 2006. - №2 (39).
7. Mato Nomura. Retationship of serum advanced glycation end products with deterioration of periodontitis in type 2 diabetes patients /Makoto Nomura, Atsuo Amano // jurnal of periodontology. – 2006. vol 77, №1.
8. Greenstein, G. Changing periodontal concepts: treatment considerations Tekst. / G. Greenstein // Compend. Contin.Educ. Dent. 2005. — Vol. 26. - № 2.
9. Завьялова А.В. Смирнова В.М. Нормальная физиология – М.М.Медицина. 2009 с.136.
10. Терехова Т.Н. Мельникова Е.И. Михайловская В.П. Кальцификаты пульпы зуба // Современная стоматология. – 2008. - №3.
11. Оганесян А. Боташева В. Караков К. Морфологические изменения слизистой оболочки полости рта при гипотиреозе. //Врач, 2007 №2

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ

Ногайбаев Д.М., Кучербаева З.Т.

Частота поражений слизистой оболочки полости рта, языка и губ у детей при эндокринных нарушениях колебалась от 2 до 80%. Изменения в полости рта выявлялись чаще при сахарном диабете, расстройстве функции половых, щитовидной и околощитовидных желез; гипофиза, коры надпочечников. В связи с этим своевременная и правильная оценка стоматологом местных проявлений этих заболеваний в полости рта способствует их ранней диагностике и своевременному лечению.

**ЭНДОКРИНДІ ПАТОЛОГИЯ КЕЗІНДЕ АУЫЗ ҚУЫСЫ АУРУЛАРЫНЫҢ
ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ****Ногайбаев Д.М., Кучербаева З.Т.**

Эндокринді бұзылулар кезінде ауыз қуысының шырышты қабығының, тілдің және еріннің жиі зақымдануы 2%-дан 80%-ға дейін өзгеріп тұрады. Ауыз қуысындағы өзгерістер қант диабеті, жыныс, қалқанша және қалқанша безінің жанындағы бездердің; гипофиз, бүйрекбез қабығының қызметтерінің бұзылуы кезінде жиі байқалады. Осыған байланысты ауыз қуысының аталған ауруларының жергілікті байқалуын тіс дәрігерлерінің уақытылы және дұрыс бағалауы, оларға ерте диагностика жасау және уақытылы емдеуге әсерін тигізеді.

SUMMARY**PECULIARITIES OF ORAL DISEASES IN ENDOCRINE PATHOLOGY****Nogaibayev D.M., Kucherbayeva Z.T.**

The frequency of lesions of the oral mucosa, tongue and lips with endocrine disorders ranged from 2 to 80%. Changes in the oral cavity were detected more frequently in diabetes, disorders of sexual function, thyroid and parathyroid glands; pituitary, adrenal cortex. In this regard, the timely and correct assessment of local manifestations of these diseases in the oral cavity contributed to their early diagnosis and timely treatment.

УДК: 616.71-001.5-089.227.23-053.2**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПНЕВМО-КОСТЮМА "АТЛАНТ"
ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Ризванова А.Р., Кусаинова К.К., Тажибаева Д.Т., Оразбаева А.С., Искулова А.Е.
АО "Республиканский детский реабилитационный центр", г. Астана

Ключевые слова: детский церебральный паралич, нарушение опорно-двигательного аппарата, нейро-ортопедическая реабилитация, пневмокостюм "Атлант".

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) развивается вследствие поражений головного мозга — внутриутробного, в родах, а также в период новорожденности, т.е. когда основные структуры мозга еще не созрели. Частота заболевания, по статистическим данным, весьма впечатляет. В основе ДЦП лежит гипоксия, которая мешает нормальному развитию головного мозга ребенка,

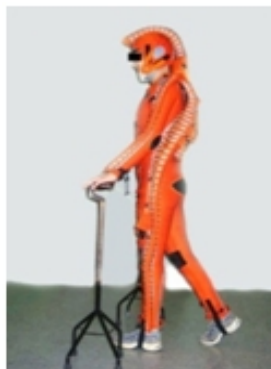
особенно тех участков, которые отвечают за рефлекторные механизмы и равновесие тела, что приводит к возникновению патологий двигательных реакций и неправильному распределению мышечного тонуса, а также развитию интеллектуальных и речевых нарушений. Основой клинической картины при ДЦП являются разной степени двигательные нарушения — гемипарезы, тетрапарезы, парапарезы (спастическая диплегия), гиперкинезы, атаксия. Практически во всех случаях нарушение двигательной функции сопровождается различными речевыми нарушениями — моторная афазия, алалия, дизартрия, а также, в большей или меньшей степени, задержкой психического развития.

Для более эффективного выполнения физических упражнений успешно используется метод кинезотерапии с использованием нейро-ортопедического реабилитационного пневмокостюма "Атлант".

В АО «Республиканский детский реабилитационный центр» впервые использован нейро-ортопедический реабилитационный пневмокостюм "Атлант", который позволит создать нейрофизиологические условия для удержания позы с последующей перестройкой систем супраспинального двигательного контроля на более близкое к норме физиологическое состояние. В свою очередь ускорит реабилитацию детей и подростков с двигательными нарушениями, вследствие черепно-мозговой травмы, острого нарушения мозгового кровообращения, повреждения позвоночника и спинного мозга, детского церебрального паралича.

Цель исследования. Изучить эффективность нейро-ортопедического реабилитационного пневмокостюма РПК «Атлант» при реабилитации детей с ДЦП.

Материалы и методы. Нами проанализированы 112 реабилитационных карт детей с ДЦП, получавших курс нейро-ортопедического пневмокостюма "Атлант".



У всех детей при поступлении отмечались изменения в двигательной сфере, ограничение объема движений в конечностях, нарушение походки, задержка моторного развития. Курс реабилитации составил 8-12 сеансов. Продолжительность терапии составила до 30-40 минут.

Результаты и обсуждения. В результате применения нейро-ортопедического пневмокостюма "Атлант" на занятиях кинезотерапии отмечается заметная положительная динамика в виде уменьшения мышечного напряжения, улучшения координации и равновесия на четвереньках, коленях и ходьбе и т.д., несколько детей стали совершать самостоятельные шаги после занятий с костюмом "Атлант". Пневмокостюм «Атлант» предназначен для реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями, вследствие черепно-мозговой травмы, острого нарушения мозгового кровообращения, повреждения позвоночника и спинного мозга, детского церебрального паралича. Нейро-ортопедический реабилитационный пневмо-костюм РПК «Атлант» — одно из последних достижений отечественной промышленности в области медицинских технологий. Авторская методика кинезотерапии в устройстве «Атлант» разработана и научно обоснована профессором, д.м.н. В.А. Исановой.

Костюм выполнен в виде плотно облегающего комбинезона, в котором имеются натяжные устройства — надуваемые насосом трубчатые камеры,



расположенные вдоль конечностей и туловища по ходу мышц-антагонистов. Наполненные воздухом, камеры натягивают оболочку костюма, создают посегментарное обжатие мышц туловища и конечностей, что активизирует проприорецепторы,

усиливается афферентация, мощный поток импульсов активизирует ЦНС, что обеспечивает нейрофизиологические условия для удержания позы, с последующей перестройкой систем супраспинального двигательного контроля на более близкое к норме физиологическое состояние.

Достигнутый таким способом корсет обеспечивает удержание вертикальной позы, корректируется правильная осанка, формируется физиологический изгиб позвоночника, осуществляется физиологическое ортезирование конечностей.

Для пациентов с ДЦП акцент в тренировках делается на умение ходить, совершать повороты, начинать и останавливать движение, уменьшить неустойчивость при ходьбе, формирование физиологического двигательного стереотипа. У пациента появляются способности к передвижению, удержанию позы, улучшаются дифференцированные движения.

Основные преимущества РПК «Атлант»:

- Костюм не нагружает, а разгружает скелет человека, обеспечивая нейрофизиологические условия для активного сокращения мышц. Свойства костюма создают антигравитационные механизмы для работы мышц.
- Костюм восстанавливает мышечный тонус, увеличивает силовые качества мышц.
- Костюм применяется в сочетании с кинезотерапией и существенно сокращает сроки реабилитации пациента, одновременно повышая ее качество.
- Костюм может одеваться и применяться для пациентов в лежачем положении.
- Костюм может применяться в домашних условиях и существенно облегчить родителям и опекунам занятия с пациентом.
- В отличие от аналогов, костюм практически не имеет противопоказаний и не оказывает неблагоприятных воздействий на пациента.

Выводы. Таким образом, интенсивная тренировка с использованием нейро-ортопедического пневмокостюма "Атлант" повышает эффективность восстановления двигательных функций. Позволяет активизировать пациентов даже с выраженными двигательными нарушениями, сокращает сроки реабилитации.

Литература:

1. Кожевникова В.Т. Современные технологии в комплексной реабилитации больных с ДЦП, Москва, 2005г.
2. Исанова В.А. Нейрореабилитация.- Казань. -2004. -288с.
3. Нейро-ортопедический пневмокостюм "Атлант"-методическое пособие разработанная и научно обоснованная профессором, д.м.н., Исановой В.А.
4. Коган О.Г., Найдин В.Л. Медицинская реабилитация в неврологии и

- нейрохирургии. – М.: Медицина. - 1988. - 304.
5. Семенова К.А. Клиника и реабилитационная терапия ДЦП. - Москва. - 1972г.

РЕЗЮМЕ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПНЕВМО-КОСТЮМА "АТЛАНТ" ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*Ризванова А.Р., Кусаинова К.К., Тажиббаева Д.Т., Оразбаева А.С.,
Искулова А.Е.*

В данной работе сделан обзор по эффективности современного метода лечения у пациентов имеющих нарушения двигательных функций методом кинезотерапии и нейро-ортопедического устройства «Атлант», которая позволяет достичь высокого уровня их реабилитации, восстановить функциональную независимость и ускорить социально-трудовую реабилитацию пациентов.

ТҮЙІНДЕМЕ

БАЛАЛАРДАҒЫ ТІРЕК-ҚОЗҒАЛЫС АҒЗАЛАРЫ БҰЗЫЛЫСЫНДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН НЕЙРО-ОРТОПЕДИЯЛЫҚ ОҢАЛТУДАҒЫ "АТЛАНТ" ПНЕВМО-КОСТЮМІ

*Ризванова А.Р., Кусаинова К.К., Тажиббаева Д.Т., Оразбаева А.С.,
Искулова А.Е.*

Мына жұмыста қазіргі заманда қолданылатын кинезотерапия мен "Атлант" нейро-ортопедия құрылымы қозғалысының қызмет әдісінің тиімділігі, оңалтудың биік деңгейде, функциялық тәуелсіздікпен пациенттің әлеуметтік-еңбек оңалту үдерісін қалпына келтіру болып табылады.

SUMMARY

USE OF NEURO AND ORTHOPEDIC REHABILITATION PNEVMO- KOSTYUMA "ATLAS" FOR CHILDREN WITH VIOLATION OF THE MUSCULOSKELETAL DEVICE

*Rizvanova A.R., Kusainova K.K., Tazhibayeva D. T., Orazbayeva A.S.,
Iskulova A.E.*

In this work the review on efficiency of a modern method of treatment at patients of the motive functions having violations is made method of a kinezoterapiya and the neuro and orthopedic Atlas device which allows to reach the high level of their rehabilitation, to restore functional independence and to accelerate social and labor rehabilitation of patients.

УДК: 614.253.52-083

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С БОЛЬЮ

Руденко Л.Н., Молдагалиева Г.О., Устемирова Б.Х.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр» г.Астана

Актуальность. В данное время в здравоохранение Казахстана происходят глобальные изменения. Национальный медицинский холдинг является проектом «Госпиталь будущего». Важным условием реализации проекта «Госпиталь будущего» выступает аккредитация международной комиссией [JCI](#), которая является «золотым стандартом» для медицинских организаций развитых стран. Одним из стандартов международной аккредитации является устранение и лечение боли[1,4].

Боль – неприятное чувство и эмоциональное ощущение, которые связаны с действительным или потенциальным повреждением ткани, неприятное ощущение (иногда нестерпимое ощущение), возникающее преимущественно при сильных раздражающих или разрушительных воздействиях на организм человека[1,3].

Виды боли:

Острая боль – это впервые возникшее ощущение, связанное с вызвавшим ее повреждением вследствие ранения, острым заболеванием или инвазивным вмешательством и сопоставима по продолжительности с течением повреждения ткани и ее заживлением.

Хроническая боль – это непрерывная или персистирующая боль, длительность и интенсивность которой влияет на самочувствие человека.

Цель оценки боли - выявление всех факторов, влияющих на восприятие боли и предназначено для купирования боли у пациентов всех возрастов, которые испытывают боль.

Сестринский процесс при боли состоит из нескольких этапов. Самое важное в сестринском деле при боли, это правильное, своевременное выявление и оценка боли у пациентов для улучшения состояния и повышения качества жизни.

Первичную оценку боли медицинская сестра определяет при поступлении пациента в первичном сестринском осмотре, наблюдает ежедневно с записью в ежедневном сестринском осмотре и затем при возникновении боли или жалобе пациента на боль[1,5].

Пациенты часто не сообщают о боли, либо делают это неадекватно, а медсестры должны определить боль для своевременного оказания помощи.

При наличии боли медицинская сестра опрашивает пациента по 7 основным вопросам:

1. Локализация боли
2. Причина боли
3. Характер боли
4. Интенсивность боли
5. Частота боли
6. Продолжительность боли
7. Что облегчает боль

При выявлении боли медицинская сестра заводит соответствующий лист боли пациент, сообщает врачу, выполняет назначения врача и ведет мониторинг по листу боли до полного исчезновения или устранения боли[1,4].

Согласно требованиям Международной аккредитации JCI в нашем Центре проводят оценку боли по трем шкалам:

1. Поведенческая шкала FLACC для детей от 2 месяцев до 7 лет и у пациентов, которые не в состоянии сообщить о боли.

Эту шкалу применяют для определения боли у пациентов, с которыми затруднен или отсутствует продуктивный контакт, например младенцы, пациенты с нарушением зрения, слуха, с когнитивными и психическими нарушениями, пациенты в бессознательном состоянии.

Оценка боли происходит по пяти поведенческим признакам – выражению лица, двигательному возбуждению, мышечному тону, психоэмоциональному состоянию, успокаиваемости. Оценивается от 0 до 2 баллов.

Общая сумма по пяти категориям может составлять от 0(боли нет) до 10 баллов (боль невыносимая)

2. Оценка боли по шкале гримасс Вонг-Бейкера от 3 до 7 лет.

Применяют для оценки боли детям от 3 до 7 лет. Шкала гримасс состоит из 6 лиц, начиная от «смеющегося» (нет боли) до «плачущего» (боль невыносимая). Медицинская сестра, оценивающая боль должна объяснить пациенту на понятном ему языке, какое из предложенных лиц описывает его боль.



- 1 лицо – боли нет (0 баллов)
- 2 лицо – боль незначительная (2 балла)
- 3 лицо – боль умеренная (4 балла)
- 4 лицо-боль терпимая (6 баллов)
- 5 лицо-боль выраженная (8 баллов)
- 6 лицо – боль невыносимая (10 баллов)

1. Цифровая рейтинговая шкала оценки боли от 8 лет и старше.

Боли нет	Боль незначительная			Боль умеренная			Боль выраженная			Боль невыносимая
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Применение шкалы для самооценки взрослых пациентов и детей старше 7 лет.

Состоит из 10 делений, где 0 означает «боли нет», а 10 «боль невыносимая». Медицинская сестра, оценивающая боль, должна объяснить пациенту что: 0- боли нет, от 1 до 3 баллов – боль незначительная, от 4 до 6 баллов – боль умеренная, выбрав числовое значение, которое соответствует интенсивности боли.

Шкалы оценки боли можно использовать для круглосуточного определения интенсивности и локализации боли.

Помощь оказанную при боли можно подразделить на медикаментозную и не медикаментозную.

Немедикаментозная помощь – это удобное или вынужденное положение пациента, иммобилизация что все это способствует облегчению боли.

Физические методы – это тепло, холод, массаж, поглаживание, чрескожная электрическая стимуляция нерва, упражнения -для лечения, снижения, устранения боли или отвлечения от боли, а также психологическая и поведенческая помощь и т.д.

Медикаментозная помощь назначается врачом, оценка состояния пациента медицинской сестрой проводится, через час при пероральном введении, при внутримышечном введении оценка проводится через 30 минут и применение медикаментов путем внутривенного введения, оценка состояния проводится через 15 минут, повторную оценку медицинская сестра проводит по назначению врача.

Таким образом, медицинские сестры должны знать причины боли, провести правильно опрос пациента, уметь пользоваться шкалами оценки боли, обучать пациента и его семьи действиям при боли, что позволяет контролировать состояние пациента и соответственно улучшает качество жизни пациента.

Литература:

1. Стандарты аккредитации (JCI) по долгосрочной медицинской помощи, Чикаго, США, 1-е издание 2012 г.
2. Пальчик А.Б., Бочкарева С.А., Шабалов Н.П. Диагностика боли у новорожденных детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2007, №2, -С.11-15.
3. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. МедПрессинформ, 2001, -365 с.
4. Рональд М., Каннер Секреты лечения боли //Перевод с английского под редакцией проф. Овечкина А.М. Москва. Изд-во Бином, 2006г, - 399с.
5. <http://www.iasp-pain.org/> -International Association for the Study of Pain.

РЕЗЮМЕ

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С БОЛЬЮ

Руденко Л.Н., Молдагалиева Г.О., Устемирова Б.Х.

В АО «РДРЦ» медицинские сестры применяют правила оценки боли с использованием международных шкал, проводят обучение пациентов. Знание и правильное использование алгоритма оценки боли и оказание помощи повышает качество оказания медицинской помощи и улучшает качество жизни пациента.

ТҮЙІНДЕМЕ

АУЫРЫП ТҮРҒАН ПАЦИЕНТКЕ КҮТІМ ЖАСАУ КЕЗІНДЕГІ МЕЙІРБИКЕНІҢ ҮДЕРІСІ

Руденко Л.Н., Молдагалиева Г.О., Усемирова Б.Х.

«РБОО»АҚ-да мейірбике халықаралық шкаласы пайдаланумен ауруды бағалау ережесін қолданады, пациенттерге оқыту өткізеді. Ауруды бағалау алгоритмін дұрыс пайдалану мен білу, көмек көрсету медициналық көмектің сапасын арттырады және пациенттің өмір сапасын жақсартады.

SUMMARY

NURSE PROCESS ON CARE OF PATIENTS WITH PAIN

Rudenko L.N., Moldagaliyeva G.O., Ustemirova B.H.

In «RCRC» JSC nurses apply rules of pain assessment with use of the international scales, provide training of patients. The knowledge and the correct use of pain assessment algorithm and assistance increases quality of health care delivery and improves life quality of the patient.

УДК: 616-008.6

СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЁРНЕРА

Саятова А.А., Сундетова Р.А.

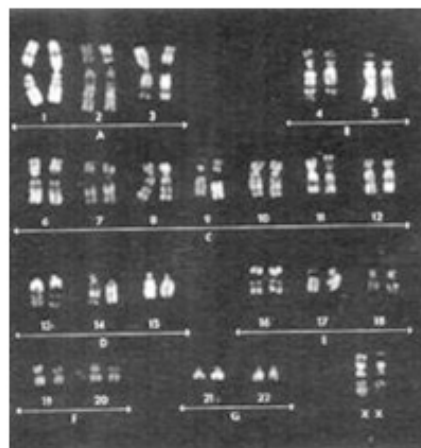
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Ключевые слова: наследственное заболевание, хромосомная болезнь, синдром Шерешевского-Тёрнера.

В АО «Республиканский детский реабилитационный центр» поступила девочка 7 лет с диагнозом: Расстройства языка и речи с нарушением интеллектуально-мнестических функций. Аденоиды 2-3 степени. Хронический тонзиллит, компенсированная форма. Первичный гипотериоз декомпенсированная форма. Жалобы при поступлении на задержку психо-речевого развития, низкорослость. Из анамнеза: ребенок от 1 беременности, от 1 родов, на фоне токсикоза в первом триместре. Вес при рождении 2100г., закричал сразу. При объективном осмотре отмечалась низкорослость, лимфаденопатия, кожные крыловидные складки на боковых поверхностях шеи. Ребенок был направлен на цитогенетическое обследование и был подтвержден кариотип 45 (X0). На рентгенографии кистей – костный возраст соответствует 5 годам. На УЗИ малого таза – гипоплазия матки и яичников.

Впервые эта болезнь как наследственная была описана в 1925 г. Н. А.

Шерешевским, который считал, что она обусловлена недоразвитием половых желёз и передней доли гипофиза и сочетается с врождёнными пороками внутреннего развития. В 1938 г. Тёрнер выделил характерную для этого симптомокомплекса триаду симптомов: половой инфантилизм, кожные крыловидные складки на боковых поверхностях шеи и деформацию локтевых суставов. В России этот синдром принято называть синдромом Шерешевского-Тёрнера. Этиология заболевания (моносомия по X-хромосоме) была раскрыта Ч. Фордом в 1959 г. [1,2,4].



Чёткой связи возникновения синдрома Тёрнера с возрастом и какими-либо заболеваниями родителей не выявлено. Однако беременности обычно осложняются токсикозом, угрозой выкидыша, а роды часто бывают преждевременными и патологическими. Особенности беременностей и родов, заканчивающихся рождением ребёнка с синдромом Тёрнера, — следствие хромосомной патологии плода. Нарушение формирования половых желёз при синдроме Тёрнера обусловлено отсутствием или структурными дефектами одной половой хромосомы (X-хромосомы).

Кариотип $45(X0)=70\%/46(XX)=30\%$ - мозаичная форма синдрома Тёрнера.

Причиной возникновения у плода синдрома Шерешевского-Тёрнера является отсутствие одной половой хромосомы. В результате рождается ребенок с кариотипом $45X0$. Беременность таким ребенком зачастую осложняется угрозой прерывания, преэклампсией различной степени тяжести, а также нередко случаются преждевременные роды [1,3,5].

В ходе внутриутробного развития половые клетки закладываются в нормальном количестве, но затем быстро подвергаются атрезии и к моменту рождения фолликулы в яичниках, как правило, отсутствуют. Хотя и о яичниках у таких детей говорить не совсем правильно — половые железы обычно бывают представлены соединительнотканными тяжами, реже - рудиментами яичников.

Помимо нарушений в формировании половой системы, отмечается серьезная костно-суставная патология, а также множественные пороки сердца. Задержка развития у таких больных часто определяется уже внутриутробно, большинство из



них рождаются с низкой массой тела (2500-2800 г) и небольшой длиной тела (42-48 см). В раннем возрасте, помимо отставания в физическом развитии, отмечается также и нарушение нервно-психического и речевого развития [3,6].

Синдром Шерешевского-Тёрнера встречается намного реже, чем трисомия X, синдром Клайнфельтера (XXY, XXXY), а также XYY, что указывает на наличие сильного отбора против гамет, не содержащих половых хромосом, или против зигот XO. Это предположение подтверждается достаточно часто наблюдаемой моносомией X среди спонтанно

абортированных зародышей. В связи с этим допускается, что выжившие зиготы ХО являются результатом не мейотического, а митотического нерасхождения, или утраты Х-хромосомы на ранних стадиях развития. Моносомии УО у человека не обнаружено. Популяционная частота 1:1500.

Складки кожи в области шеи - характерный признак болезни. На фото: девочка до и после пластической операции.

Характерными признаками синдрома Тёрнера при рождении являются избыток кожи на шее и другие пороки развития, особенно костно-суставной и сердечно-сосудистой систем, «лицо сфинкса», лимфостаз (застой лимфы, клинически проявляющийся крупными отёками). Для новорождённого характерны общее беспокойство, нарушение сосательного рефлекса, срыгивание фонтаном, рвота. В раннем возрасте у части больных отмечают задержку психического и речевого развития, что свидетельствует о патологии развития нервной системы. Наиболее характерным признаком является низкорослость. Рост больных не превышает 135—145 см, масса тела часто избыточна.

Лимфедема стоп.

При синдроме Тёрнера патологические признаки по частоте встречаемости распределяются следующим образом: низкорослость (98 %), общая диспластичность (неправильное телосложение) (92 %), бочкообразная грудная клетка (75 %), укорочение шеи (63 %), низкий рост волос на шее (57 %), высокое «готическое» нёбо (56 %), крыловидные складки кожи в области шеи (46 %), деформация ушных раковин (46 %), укорочение метакарпальных и метатарзальных костей и аплазия фаланг (46 %), деформация локтевых суставов (36 %), множественные пигментные родинки (35 %), лимфостаз (24 %), пороки сердца и крупных сосудов (22 %), повышенное артериальное давление (17 %).



Половое недоразвитие при синдроме Тернера отличается определённым своеобразием. Нередкими признаками являются геродермия (патологическая атрофия кожи, напоминающая старческую) и мошонкообразный вид больших половых губ, высокая промежность, недоразвитие малых половых губ, девственной плевы и клитора, воронкообразный вход во влагалище. Молочные железы у большинства больных не развиты, соски низко расположены. Вторичное оволосение появляется спонтанно и бывает скудным. Матка недоразвита. Половые железы не развиты и представлены обычно соединительной тканью. При синдроме Тёрнера отмечается склонность к повышению артериального давления у лиц молодого возраста и к ожирению с нарушением питания тканей [1,2,4].

Интеллект у большинства больных с синдромом Тёрнера практически сохранён, однако частота олигофрении всё же выше. В психическом статусе больных с синдромом Тёрнера главную роль играет своеобразный психический инфантилизм с эйфорией при хорошей практической приспособляемости и социальной адаптации [5,7].

Диагноз синдрома Тёрнера основывается на характерных клинических

особенностях, определении полового хроматина (вещества клеточного ядра) и исследовании кариотипа (хромосомного набора). Дифференциальный диагноз проводится с нанизмом (карликовостью), для исключения которого проводится определение содержания гормонов гипофиза в крови, особенно гонадотропинов.

Для нормального гармоничного развития детям с синдромом Шерешевского-Тернера требуются существенные вмешательства врачей, причем практически на всех стадиях роста и развития.

Лечение преследует сразу несколько целей: коррекция роста и метаболических осложнений, компенсация врожденных пороков внутренних органов, устранение косметических дефектов. Но своевременно начатое грамотное лечение позволяет таким девочкам вести нормальный образ жизни, ничем не отличающийся от людей, не страдающих хромосомными заболеваниями, и даже иметь детей, что раньше было практически невозможно.

До трех лет такие дети внешне не отстают в росте от своих сверстников, хотя уже к трем годам отмечается отставание костного возраста на один год. На первом этапе лечение проводится стероидными гормонами, которые оказывают на организм анаболический эффект, а следовательно помогают пациентам не отставать в росте и физическом развитии от сверстников. Кроме того, в последние годы в комплексной терапии синдрома Шерешевского-Тернера успешно применяются гормон роста – соматотропин.

В возрасте 14-15 лет пациенткам назначают эстрогены для формирования телосложения по женскому типу, а также развития вторичных половых признаков. Более раннее назначение эстрогенов способствует закрытию эпифизарных зон роста трубчатых костей, а следовательно существенно снижает показатели окончательного роста у этих больных, которые даже при адекватной терапии редко превышают 150-155 см. Терапия эстрогенами длится 16-18 месяцев. Позже, для достижения регулярного менструального цикла назначается заместительная гормональная терапия на все время репродуктивного периода, до возраста наступления менопаузы у здоровых женщин [2,6].

Современные репродуктивные технологии позволяют этим женщинам вынашивать беременность и рожать детей. Случаются и спонтанные беременности, наступающие без терапии с собственной яйцеклеткой. Это возможно у пациентов с нерезко выраженной или стертой формой заболевания, которая чаще всего бывает обусловлена мозаицизмом (часть клеток имеет генотип 45X0, а другая часть – нормальный генотип 46XX). Но такие случаи чаще всего приводят к рождению детей, больных синдромом Шерешевского-Тернера [1,7].

Прогноз для жизни при синдроме Тёрнера благоприятный, исключение составляют больные с тяжёлыми врождёнными пороками сердца и крупных сосудов и почечной гипертензией. Лечение женскими половыми гормонами делает больных способными к семейной жизни, однако абсолютное большинство из них остаются бесплодными.

Таким образом, у девочки 7 лет отмечается случай обнаружения синдрома Шерешевского-Тернера и описаны литературные данные по этому заболеванию. Ребенок был направлен на цитогенетическое обследование и подтвержден кариотип 45 (X0). В дальнейшем ребенок получает симптоматическое лечение.

Литература:

1. Драгун С. А. Оценка состояния минеральной плотности костной ткани, костного метаболизма, углеводного обмена, органов репродуктивной системы и иммунного статуса у больных с синдромом Шерешевского-Тернера в разные возрастные периоды: автореф. дис. канд. мед.наук. М., 2006. 23 с.
2. Дедов И. И., Семичева Т. В., Петеркова В. А. Половое развитие детей: норма и патология. М., 2002. С. 160–164.
3. Дедов И. И., Петеркова В. А., Семичева Т. В., Волеводз Н. Н. Синдром Шерешевского-Тернера. М., 2002. 47 с.
4. Bakalov V. K., Cooley M. M., Quon M. J. et al. Impaired insulin secretion in the Turner metabolic syndrome // J Clin Endocrinol Metab. 2004; 89 (7): 3516–3520.
5. Ho V. B., Bakalov V. K., Cooley M. et al. Major vascular anomalies in Turner syndrome: prevalence and magnetic resonance angiographic features // Circulation. 2004; 110 (12): 1694–1700.
6. Rosenfeld R. L., Devine N., Hunold J. et al. Salutory effects of combining early very low-dose systemic estradiol with growth hormone therapy in girls with Turner syndrome // J. Clin Endocrinol Metab. 2005. 90 (12): 6424–6430.
7. Soriano-Guillen L., Coste J., Ecosse E. et al. Adult height and pubertal growth in Turner syndrome after treatment with recombinant growth hormone // J. Clin. Endocrinol Metab. 2005. 90 (9): 5188–5196.

РЕЗЮМЕ

СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЁРНЕРА

Саятова А.А., Сундетова Р.А.

Описан случай обнаружения синдрома Шерешевского-Тернера, для которого характерна триада симптомов: половой инфантилизм, кожные крыловидные складки на боковых поверхностях шеи и деформацию локтевых суставов. Ребенок был направлен на цитогенетическое обследование и подтвержден кариотип 45 (X0). В последние годы в комплексной терапии синдрома Шерешевского-Тернера успешно применяются гормон роста – соматотропин.

ТҮЙІНДЕМЕ

ШЕРЕШЕВСКИЙ-ТЕРНЕР СИНДРОМЫНЫҢ ҚОЙЫЛЫМ УАҚИҒАСЫ

Саятова А.А., Сундетова Р.А.

Бұл уақиға Шерешевский-Тернер синдромы триада симптомы: жыныстық инфантилизм, мойын беткейінің терілік канат тәрізді бүрмелері, шынтақтың буында формациясымен суреттеледі. Бала цитогенетикалық зерттеуден өтіп 45(X0) кариотипі расталды. Соңғы жылдары Шерешевский-Тернер синдромының кешенді терапиясында бойдың гормоны - соматотропин қолданылады.

SUMMARY

THE CLINICAL CASE OF THE SHERESHEVSKOGO-TURNER SYNDROME

Sayatova A.A., Sundetova R. A.

The case of detection of Shereshevskogo-Turner syndrome for which the triad of symptoms are described: sexual infantilism, skin wing-shaped folds on lateral surfaces of a neck and deformation of elbow joints. The child was directed on cytogenetic inspection and the karyotype 45 (X0) is confirmed. In recent years in complex therapy of Shereshevskogo-Turner syndrome successfully apply growth hormone – somatotropin.

ОПЫТ РАБОТЫ ЛАБОРАТОРИИ МОДЕЛИРОВАНИЯ И ОРТЕЗИРОВАНИЯ ПО ОБУЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ ПРАВИЛЬНОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ОРТЕЗОВ

Сейсембеков Т.А., Нургыдыров Т.К., Бердиев Т.С., Шарипов Е.Б.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр» г. Астана

Ключевые слова: ортезирование, ортезно-ортопедические изделия, ДЦП.

Актуальность. В медицине реабилитация трактуется как комплекс мер, направленных на наиболее полноценное восстановление функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата, а также развитие компенсаторных приспособлений, приближающих больного к условиям повседневной жизни, к труду.

Эффективность медицинской реабилитации во многом определяется комплексностью применяемых средств, к которым относят лекарственную терапию, лечебное применение физических упражнений, гидрокинезотерапию, массаж, коррекцию положением, трудотерапию, ортопедические приспособления, ортезирование.

Л.О. Бадалян рекомендовал применение ортезов с первых дней жизни и только в этих случаях можно получить восстановление функции паретичных мышц и предупредить образование контрактур и деформаций.

Практически все больные с детским церебральным параличом (ДЦП) нуждаются с первых месяцев жизни в применении профилактических и лечебно-профилактических изделий для предупреждения патологических установок различных сегментов и функциональных ортезов для стимулирования нарушенных функций.

Чтобы разобраться в необходимости ортезно-ортопедических изделий, изготавливаемых в лаборатории моделирования и ортезирования в АО «Республиканского детского реабилитационного центра» и их правильного применения рассмотрим некоторые двигательные нарушения у детей с ДЦП.

Дети с ДЦП не могут быть описаны как однородная группа, специфические особенности их развития обусловлены, во-первых, формой ДЦП, а также степенью тяжести патологии. Однако, следует отметить, что степень выраженности дефектов

интеллекта и познавательной деятельности жестко не связано с тяжестью поражения двигательной сферы.

Структура дефектов у детей с ДЦП обусловлена:

1. Двигательными нарушениями;
2. Речевыми нарушениями;
3. Сенсорными нарушениями.

Общие признаки задержки психического развития у детей с различными формами ДЦП обусловлены:

- Выраженностью органического психосиндрома, которые проявляются замедленностью протекания психических процессов, плохой переключаемостью внимания, явлениями «раздражительной слабости», повышенной истощаемостью, явлениями астенического синдрома;
- Различными эмоционально-волевыми расстройствами;
- Неравномерностью развития психических функций: наиболее сильно затруднено формирование пространственных и временных представлений, зрительного гнозиса и пространственного праксиса;
- Задержкой развития логического мышления: снижения уровня обобщений, затруднения в установлении сходства и различия между предметами, классификация производится по несуществующим признакам и т.д.

Какие же существуют технические трудности:

- Дети с спастической диплегией склонны к развитию страхов. Как правило, они критичны к своему дефекту и результатам деятельности, что в одинаковой степени может привести как к развитию целеустремленности, так и к неуверенности в себе. Эти дети обычно хорошо адаптируются к новой обстановке.
- Трудности у детей с гемипаретической формой аналогичны трудностям с спастической диплегией. При поражении правой стороны (встречается чаще) у детей развивается вынужденное левшество, которое оказывает негативное влияние на развитие пространственных представлений и речи. У детей с левосторонними поражениями обращают на себя внимание различные нарушения поведения (часто агрессивное поведение), которые часто сочетаются с пониженным фоном настроения и различными страхами.
- Трудности у детей с гиперкинетической формой обусловлены не критичностью к своему состоянию, для них характерна импульсивность, повышенная возбудимость, двигательная расторможенность.
- Дети с атонически-астатической формой ДЦП к своему дефекту и результатам деятельности часто не критичны и усугубляют картину нарушения произвольного внимания эмоционально-волевыми нарушениями, неадекватное поведение.

Задачи ортезирования:

- Иммобилизация тех или иных конечностей;
- Стабилизация правильного положения тела, закрепления правильного стояния и ходьбы в ортезах;
- Расширение общей двигательной активности пациента, тренировка возрастных двигательных навыков в ортезах;
- Освоение приемов самообслуживания (совместно с родителями) и основных видов бытовой деятельности в ортезно-ортопедических изделиях;
- Освоение приемов по правильному использованию ортезов и их гигиенического

обслуживания.

Результаты и обсуждение. Учитывая, что у детей присутствуют страхи, необходимо проводить занятия как без ортезов, так и в них, для развития компенсаторных возможностей организма и преодоление страха. Как правило, пациенты выполняют те или иные движения неуклюже, а тем более в приспособлениях, которые будут первоначально создавать какие-то неудобства: здесь просто необходимы стимулирующие, обучающие занятия.

В начале занятий проводим тестирование: анализируем вертикальное стояние и походку без ортезов, если у ребенка имеют место дефекты в верхних конечностях, смотрим, как он манипулирует руками, есть ли необходимость в корсетотерапии, наблюдаем, как он передвигается без корсета и т.д. (Рис.1)



Рис.1



Рис.2

Занятия проводятся в зависимости от психо-эмоционального и физического состояния пациента.

Рассмотрим пример: пациент Х. с диагнозом: ДЦП, спастическая диплегия. Самостоятельно стоит в патологической позе на носочках, неустойчиво, переступает с ноги на ногу. Ходит самостоятельно, походка спастико-паретическая, на носочках, стопы приводит. Во время первичного осмотра определяется состояние мышечной и костной системы (на предмет гипотонии или спастичности мышц, контрактур и деформаций), проводится гониометрия, лазерометрия (измерение углов в суставах и туловища) и подометрия (диагностика стопы). Специалист-ортезист в результате осмотра определил пациенту ортезирование нижних конечностей: постуральные голеностопные ортезы на DS голеностопные суставы.

На повторном осмотре пациенту выдаются ортезы. После окончательной примерки проводятся:

1. обучение по одеванию и сниманию ортеза самостоятельно или обучение родителей;



Рис.3



Рис.4

2. а) обучение гигиеническому обслуживанию ортеза.

Рекомендации: если ортез изготовлен из полипропилена его необходимо протирать мыльным раствором один раз в три дня, после протирания прополоскать в проточной воде и высушить;

б) если ортез изготовлен из ткани (корректор осанки), то в зависимости от загрязнения, вытащить металлические вставки, необходимо постирать;

в) следить за состоянием ремешков;

г) следить за состоянием кожных покровов;

д) ортезные изделия рекомендуется надевать на хлопчатобумажное белье;

3. обучение пациента вертикальному стоянию в ортезах:

а) необходимо удостовериться, что при вертикализации пятки опущены и пациент может стоять. Обучение лучше начинать у шведской стенки или у брусьев, держась попеременно одной рукой (меняем положение: сбоку левой-правой рукой, лицом-спиной к стенке). Это стимулирующие упражнения по преодолению страха, неуверенности, дискомфорта и т.д.;

б) обучение самостоятельному стоянию в ортезах, для уверенности рекомендуется держать в руках какие-нибудь предметы (деревянный или пластмассовый брусок, полотенце или жгут);

в) самостоятельное стояние спиной у стенки: руки в стороны; руки в стороны вверх; руки в стороны вниз; правая рука вверх, левая внизу и наоборот;

г) самостоятельное стояние лицом к стене: руки в стороны; руки в стороны вверх; руки в стороны вниз; правая рука вверх, левая внизу и наоборот;

4. Обучение ходьбе в ортезах с поддержкой за брусья, по ровной плоскости, пандусу держась за поручни, а также подниматься и опускаться по лестнице. Особое внимание нужно уделить биомеханике ходьбы;

5. Если пациент проявляет неуверенность при самостоятельной ходьбе, рекомендуем ходьбу с тренером, держа в руках деревянный или пластмассовый брусок, полотенце или жгут и здесь важно местоположение самого тренера;



Рис.5



Рис.6

6. Обучение ходьбе в ортезах приставным шагом вправо-влево с поддержкой и самостоятельно в этом случае то же, что и в пункте 5;

7. Обучение вставанию в ортезах с колен попеременно у шведской стенки.

Если пациент не может выполнять какие-то манипуляции или он не может самостоятельно двигаться, то занятия по использованию ортезов проводят с лицами, ухаживающими за ними.

В лаборатории моделирования и ортезирования были обследованы 104 пациента с зависимостью от посторонней помощи. Из них 50 пациентов (48%) с легкой и умеренной зависимостью от посторонней помощи, 54 пациента (51,9%) с полной зависимостью от посторонней помощи. (диаграмма №1).



Данные анализа

В результате занятий 1-я группа 50 пациентов научились правильно пользоваться ортезно-ортопедическими изделиями и овладели навыками самостоятельного стояния, вставанию с колен попеременно, передвижения по ровной плоскости, пандусу, лестнице и выполнения некоторых физических упражнений в ортезах.

Во второй (54 пациентов) были обучены лица, сопровождающие пациентов по правильному использованию ортезов (одеванию-снятию и гигиеническому обслуживанию).

Всего было изготовлено 251 ортезно-ортопедических изделий из которых преобладают постуральные голеностопные ортезы 160 шт. (63,7%).



Выводы. В комплексе реабилитационных мероприятий значительную роль играет рациональное и своевременное ортезирование. Основная задача применения и правильное использование различных видов ортопедических изделий состоит в максимально возможной компенсации утраченных двигательных функций и различаются как по анатомическим, так и по функциональным свойствам.

Пациентам со специфическими нуждами необходимы различные вспомогательные устройства и приспособления, которые могут обеспечить им относительную бытовую и психологическую независимость, а в конечном итоге – социально-бытовую адаптацию.

Таким образом, занятия по правильному использованию ортезных изделий, как на занятиях кинезотерапии и других специалистов, и умению вести себя в быту поможет пациентам быстрее адаптироваться в окружающей среде.

Литература:

1. Лильин Е.Т., Доскин В.А. Детская реабилитология. Москва, 2008 г.
2. Курдыбайло С.Ф., Герасимова Г.В. Восстановительное лечение и технические средства реабилитации больных детским церебральным параличом. Санкт-Петербург, 2010 г.

РЕЗЮМЕ

ОПЫТ РАБОТЫ ЛАБОРАТОРИИ МОДЕЛИРОВАНИЯ И ОРТЕЗИРОВАНИЯ ПО ОБУЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ ПРАВИЛЬНОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ОРТЕЗОВ

Сейсембеков Т.А., Нургыдыров Т.К., Бердиев Т.С., Шарипов Е.Б.

Автор в своей статье раскрывает важность ортезирования детей с диагнозом ДЦП, а также необходимость организации обучения детей и их родителей правильному использованию ортезов. Обучение пациентов и их родителей по правильному использованию ортезов предлагается как новый метод для внедрения в реабилитационный процесс.

ТҮЙІНДЕМЕ

ПАЦИЕНТТЕРДІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ АТА-АНАЛАРЫН ОРТЕЗДІ ДҰРЫС ҚОЛДАНУ ЖӨНІНДЕ ОҚЫТУ БОЙЫНША МОДЕЛЬДЕУ ЖӘНЕ ОРТЕЗДЕУ ЗЕРТХАНАСЫНЫҢ ЖҰМЫС ТӘЖІРИБЕСІ

Сейсембеков Т.А., Нургыдыров Т.К., Бердиев Т.С., Шарипов Е.Б.

Мақала авторы балалардың церебралды салдану (БЦС) сырқатына шалдыққан пациенттерге ортез бұйымдарын әзірлеумен қатар, ол балалардың осы бұйымдарды дұрыс қолдана білуін қамтамасыз ету мақсатында оқыту ұйымдастыру мәселелеріне ден қояды. Пациенттер мен олардың ата-анасын ортез бұйымдарын дұрыс қолдануға үйрету орталықтағыоңалту үрдісіне енгізілген жаңа әдіс ретінде ұсынылған.

SUMMARY

EXPERIENCE OF LABORATORY OF MODELLING AND ORTHOTICS FOR TRAINING OF PATIENTS AND THEIR PARENTS TO THE CORRECT USE OF ORTHOSES

Seysembekov T.A., Nurgydyrov T.K., Berdiyev T.S., Sharipov E.B.

Author in this article shows an importance of orthotics for children with cerebral palsy, and necessity of teaching children and their parents of correct use of orthotics. Teaching of patients and their children of correct use of orthotics is suggested as new method of implementation in rehabilitation process.

УДК: 617.55-001.5-053.2-089

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТСПЛЕНЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

*Сембиева Ф.Т., Аманова А.Д., Абильдаева А.К.
АО «Медицинский Университет Астана»*

Ключевые слова: хирургия, дети, травма, лечение.

В последние годы неуклонно растёт количество детей с абдоминальной травмой. Это связано с увеличением детского населения и интенсивностью автомобильного движения. В 58,3% наблюдений у пострадавших при этом определяется повреждение органов брюшной полости. К несчастью, летальность в таких случаях по-прежнему остается высокой от 15,9% до 49,5% [4]. Особую опасность представляют повреждения паренхиматозных органов с внутрибрюшным кровотечением, требующие неотложных диагностических манипуляций и экстренного хирургического пособия [2, 3, 4]. К сожалению, при сочетанных и комбинированных абдоминальных повреждениях органов брюшной полости у детей urgentные хирурги при любых повреждениях селезенки (кроме подкапсульных) предпочитают выполнять спленэктомию. Данная тактика в дальнейшем приводит к развитию постспленэктомического синдрома, клинические проявления которого выражаются в виде стойкой иммунодепрессии, некупируемой медикаментозно, и заключаются в частой заболеваемости интеркуррентными заболеваниями в послеоперационном периоде [1, 5].

Цель исследования. Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения больных с абдоминальной травмой путем создания комплекса хирургической профилактики постспленэктомического синдрома.

Материалы и методы исследования. За 10 лет в детской городской больнице находилось на лечении 802 пациента с травмой органов брюшной полости в возрасте до 18 лет, из них оперативное пособие было выполнено 378 (47,1%) детям. У всех пациентов в той или иной степени имели место черепно-мозговая травма, повреждение опорно-двигательного аппарата. Полученные нами данные позволили констатировать, что повреждения селезенки преобладают над повреждениями других паренхиматозных, но изолированное ее повреждение встречается крайне редко (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по локализации повреждений органов брюшной полости, требующих оперативного пособия.

	Изолированное повреждение	Комбинированное повреждение	всего
Селезенка	5% (20)	87,7% (358)	92,7% (378)
Печень	19,4% (79)	36,2% (148)	55,6% (227)
Поджелудочная железа	9,8 (40)	51,5% (210)	61,3% (250)

Диагностика абдоминальных травм на сегодняшний день не представляет значительных трудностей. Всем больным, поступившим в детскую больницу с подозрением на абдоминальную травму выполнялось ультразвуковое исследование брюшной полости, которое в 98% (796 случаев) давало исчерпывающую информацию о наличии внутрибрюшного кровотечения и локализации его источника. При этом в 78% (318) случаев удавалось четко определить линию разрыва органа и его глубину, исключение составляли "немые зоны": диафрагмальная поверхность печени, заднемедиальная поверхность селезенки и т.д.

Методика "шарящего катетера" по-прежнему является одной из основных методик диагностики внутрибрюшных кровотечений, которая выполняется urgentными хирургами в условиях ЦРБ. Следует отметить, что в 7,2% наблюдений данный тест давал ложноположительные результаты. Применение КТ и МРТ для диагностики внутрибрюшных кровотечений при сочетанных и комбинированных травмах по экстренным показаниям считаем неоправданным в связи с ограничением временных параметров исследования. Применение лапароскопии с целью диагностики так же следует считать нецелесообразным: при этом требуется эндотрахеальный наркоз, создание пневмоперитонеума, что в условиях тяжелого состояния с повреждением ЦНС усугубляет состояние пациента. Считаем применение лапароскопии рациональным исключительно в лечебных целях.

Хирургическая тактика при повреждениях селезенки в зависимости от характера повреждения.

Консервативному лечению изолированных повреждений селезенки уделяется особое внимание [2]. На основе клинического материала, 802 случая повреждения селезенки, нами успешно консервативно пролечены 424 ребенка (52,9%). Разработаны конкретные показания для консервативного лечения разрывов селезенки:

Линейный разрыв органа любой локализации глубиной до 1,0 см. длиной до 5,0 см. Локальный гемоперитонеум, ограниченный только левым боковым каналом, не увеличивающийся на фоне гемостатической терапии, при сохранении гемодинамической стабильности (падение эритроцитарных фракций не более 15% от возрастной нормы, отсутствие падения эритроцитарных фракций в динамике и т.д.).

Подкапсульные гематомы селезенки.

Консервативная терапия была стандартной и включала в себя гемостатическую терапию, покой, холод на область правого подреберья.

При линейных разрывах селезенки (одиночные разрывы капсулы и паренхимы). Наблюдаемые у 204 (54%) пациентов глубиной до 1,0см. и длиной до 0,8см. выполнялась лапароскопическая диатермокоагуляция с оставлением видеопорта и лапароскопическим контролем в динамике.

При фрагментации селезенки с переходом на сосудистую ножку у 51 (13,4%) пациентов выполнялась одномоментная аутоотрансплантация. Этот способ предусматривает спленэктомия, измельчение селезеночной ткани на фрагменты 2 - 3 мм и аутоотрансплантацию гомогената на разволокненную поперечную мышцу живота с последующей перитонизацией прядью большого сальника на питающей ножке.

При комбинированных повреждениях полых органов (желудок, кишечник) и селезенки у 9 (2,4%) и открытых повреждениях брюшной полости применяется двухэтапная аутоотрансплантация консервированной селезеночной ткани. При этом после спленэктомии создается дубликатура из пряди сальника на питающей ножке, в который вводится трубчатый проводник, выведенный под кожу на левой боковой поверхности брюшной стенки. Удаленную селезенку декапсулируют, делят на фрагменты 1х2х5 см и помещают, где она хранится при температуре +2°С до купирования явлений перитонита - до 8 суток, при этом сохраняются жизнеспособными все морфологические элементы селезенки, включая стромальные элементы. После купирования явлений перитонита в оставленный проводник вводят гомогенат консервированной селезеночной ткани, после чего проводник удаляют.

При повреждениях печени и селезенки у 114 (30,2%) пациентов применяется методика аутоотрансплантации селезеночной ткани в рану печени по следующей методике: из свободной неповрежденной части селезенки выкраивается трансплантат селезеночной ткани, по форме и размеру соответствующий ране печени, при этом периферическая часть трансплантата селезенки не декапсулируется. Рана печени тампонируется аутоотрансплантатом селезеночной ткани с герметизацией П-образными швами через капсулу трансплантата.

Результаты и их обсуждения. Таким образом, дифференциальный подход к лечебной тактике при повреждениях паренхиматозных органов в любых ситуациях позволяет сохранить в организме ребенка селезеночную ткань с целью профилактики синдрома послеоперационного гипоспленизма.

Нами прослежены отдаленные результаты лечения больных с комбинированными повреждениями селезенки, которым выполнялись различные способы аутоотрансплантации селезеночной ткани

Изучение катамнеза проводилось через 3 месяца, 6 месяцев, 1 год, 3 года и 5 лет и состояло из анализа и сравнения иммунологического статуса наших пациентов методом сравнения иммунограмм, уровней иммуноглобулинов и ЦИК, а также количества и характера перенесенных заболеваний в позднем послеоперационном периоде с аналогичными показателями у детей, перенесших спленэктомию, и показателями возрастной нормы. Полученные нами данные позволяют констатировать, что показатели клеточного и гуморального иммунитета наших пациентов не отличались от группы здоровых лиц (табл.2, табл.3).

Таблица 2. Показатели цитокинетического статуса у здоровых детей и детей, оперированных по разработанным методикам аутоотрансплантации селезеночной ткани.

Группа показатели крови		Здоровые дети	Дети, оперированные с применением различным методик аутоотрансплантации селезеночной ткани
Маркеры моноцитов	Индукцированные	10,51±0,45	10,01±0,58
	Спонтанные	8,11±0,31	7,98±0,47
Фактор некроза опухоли	Индукцированные	3,77±0,09	3,71±0,22

	Спонтанные	2,81±0,09	2,77±0,22
Интерлейкин-1	Индукцированные	3,38±0,07	3,31±0,18
	Спонтанные	2,99±0,07	2,82±0,11
ИЛ1 Маркер зрелых макрофагов	Индукцированные	3,00±0,08	2,91±0,14
	Спонтанные	2,91±0,07	2,27±0,14
Кластер дифференцировки 54	Индукцированные	8,58±1,41	7,98±1,13
	Спонтанные	7,81±1,15	6,98±1,01
Рецепторный комплекс CD14 CD54	Индукцированные	7,82±1,16	7,55±0,78
	Спонтанные	3,51±1,18	3,22±1,21

$P < 0,05$. Статистически достоверной разницы между группами нет.

Таблица 3. Показатели клеточного иммунитета у здоровых детей, пациентов, перенесших спленэктомию, и пациентов, оперированных с применением различных методик аутотрансплантации селезеночной ткани, в позднем послеоперационном периоде.

Группа показатель	Здоровые дети	Дети, перенесшие спленэктомию	Дети, оперированные по различным методикам аутотрансплантации селезеночной ткани
Т-лимфоциты	36,3±13,2	50,4±1,38	61,4±3,01
Т-хелперы	28,7±0,61	32,4±0,24	38,0±10,77
Т-супрессоры	21,3±2,47	28,0±0,72	22,3±1,12
Натуральные киллеры	7,54±0,69	7,81±0,41	7,56±0,79
Маркер ранней активации лимфоцитов	3,14±0,01	2,30±0,01	3,04±0,07
В-лимфоциты	12,4±1,35	23,1±0,95	22,1±1,22
Индекс завершенности фагоцитоза	1,07±0,08	0,89±0,03	1,01±0,07

Заболеваемость инфекционно-аллергическими заболеваниями группы детей, перенесших один из видов аутотрансплантации селезеночной ткани значительно ниже аналогичной заболеваемости у детей, перенесших спленэктомию (табл.4).

Таблица 4. Анализ перенесенных интеркуррентных заболеваний в позднем послеоперационном периоде у детей, перенесших спленэктомию и различные виды аутотрансплантации селезеночной ткани.

Заболевание, перенесенные в позднем послеоперационном периоде	Больные, перенесшие спленэктомию, N=53		Больные, оперированные по различным методикам аутотрансплантации, N=84	
	Кол-во больных	%	Кол-во больных	%
Частые ангины, ОРВИ (более 5 раз в года)	21	39,6	13	15,5
пневмонии	3	5,7		-
гепатит	28	49,1	12	14,3
Частые гнойные кожные заболевания	6	11,3		-
Аллергические заболевания	11	17,0	3	3,2

Применение данной методики так же сократило количество послеоперационных пиемических осложнений на 36%. (табл.5).

Таблица 5. Осложнения в раннем послеоперационном периоде у детей с повреждением печени и селезенки.

Осложнение	Больные, оперированные по различным методикам аутоотрансплантации N=84	Больные, перенесшие спленэктомию N=53
Нагноение лапаротомной раны, в том числе в области дренажей	3,2% (3)	30,0% (18)
Нагноение в области дренажей	-	8,4% (5)
Ранняя спаечная непроходимость кишечника	-	3,8% (2)
Образование абсцессов, инфильтратов в подпеченочной области	3,2% (3)	6,5% (4)

Выводы

1. Основным методом диагностики повреждений органов брюшной полости у детей при сочетанной и комбинированной абдоминальной травме следует считать ультразвуковое сканирование органов брюшной полости. Применение методики "шарящего катетера" оправдано только при отсутствии УЗИ.
2. Дифференциальный подход хирургической тактики и разработанные способы аутоотрансплантации селезеночной ткани позволяют сохранить полноценно функционирующий спленоид при любом характере абдоминального повреждения.
3. Разработанные методики оперативного лечения технически просты, применимы в условиях любого ургентного хирургического отделения и позволяют радикально профилактировать развитие послеоперационного гипоспленизма.

Литературы:

1. Бабич И.И., Чепурной Г.И., Матвеев О.Л.. Хирургическая профилактика послеоперационного гипоспленизма у детей с сочетанными и комбинированными повреждениями печени и селезенки // Журнал "Детская хирургия". 2007. №6. С. 27-29.
2. Бабич И.И., Короткова О.В.. Хирургическое лечение комбинированных повреждений печени и селезенки у детей // Журнал "Медицинский вестник северного Кавказа". 2010. №3. С. 80-82.
3. Выгонская Т.В., Шаршов Ф.Г., Бабич И.И.. Организация медицинской помощи детям с травмой в результате ДТП на территории Ростовской области // Журнал "Общая реаниматология", №5. 2009. С. 31-37.
4. Ермолов А.С., Абакумов М.М. и др. Структура госпитальной летальности при сочетанной травме и пути ее снижения // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2006; С. 9.
5. Масляков В.В. Консервативное лечение травм селезенки// Успехи современного естествознания. 2011; №11, С. 34-37.

РЕЗЮМЕ

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТСПЛЕНЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

Сембиева Ф.Т., Аманова А.Д., Абильдаева А.К.

Последние годы растет число детей с ранним абдоминальным поражением. Это зависит от интенсивности числа движения автотранспорта и количества детей. К сожалению раненым urgentные хирурги после абдоминальных поражений селезенки и присоединением внутренних органов рекомендуют применять спленэктомию.

ТҮЙІНДЕМЕ

АБДОМИНАЛДЫ ЖАРАҚАТТЫ БАЛАЛАРДЫҢ ПОСТСПЛЕНЭКТОМИЯЛЫҚ СИНДРОМ ШИПАСЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Сембиева Ф.Т., Аманова А.Д., Абильдаева А.К.

Соңғы жылдарды ұдайы абдоминалды жарақатпен балалардың саны өсуде. Бұл балалар санының және автокөлік қозғалысының интенсивтілігімен байланысты. Өкінішке орай, балалардың ішкі қуыс мүшесінің біріккен және аралас абдоминалды жарақаттануында urgentті хирургтер көк бауырдың жарақаттануына спленэктомияны қолдануды ұйғарады.

SUMMARY

SURGICAL ASPECTS OF TREATMENT OF POSTSPLENECTOMY SYNDROME IN CHILDREN WITH AN ABDOMINAL TRAUMA

Sembieva F.T., Amanova A.D., Abildayeva A.K

In recent years steadily the number of children with an abdominal trauma grows. It is connected with increase in the children's population and intensity of the road movement. Unfortunately, at the combined and combined abdominal damages of abdominal organs at children urgentny surgeons at any injuries of a spleen prefer to carry out a splenectomy.

УДК 614.3:616.24-002.5-084(574)

ОСНОВНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ КОНТРОЛЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ГОРОДЕ АСТАНЕ

Шайзадина Г.Н., Калитанова А.Д., Хасенова А.Ж., Аманова А.Д.

АО «Медицинский Университет Астана»,

Департамент по защите прав потребителей г. Астаны

Комитета РК по защите прав потребителей МНЭ.

Туберкулез как инфекционное заболевание на протяжении многих десятилетий является актуальной проблемой здравоохранения. Настоящая статистика Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) свидетельствует о сохраняющемся высоком бремени туберкулеза на планете [1]:

- 2 млрд. людей населения, что равно 1/3 населения всего земного шара инфицированы микобактериями туберкулеза (МБТ).

- Туберкулез – заразное заболевание и при отсутствии лечения каждый больной активным туберкулезом, выделяющий МБТ, ежегодно заражает в среднем от 10 до 15 людей.

- 1 из 10 заражённых микобактериями туберкулеза в течение жизни становится больным активной формой туберкулеза.

- Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (ТБМЛУ) присутствует практически во всех 109 странах, обследованных ВОЗ и партнерами.

- Лица с ВИЧ состоят в группе повышенного риска.

- Предположительно ежегодно возникает 450000 новых случаев (ТБМЛУ) причем самые высокие показатели отмечены в странах СНГ и Китае.

- Несмотря на то, что туберкулез излечим, он ежедневно уносит 5000 жизней на планете.

Причинами медленного прогресса в борьбе с туберкулезом, по определению Специального Комитета по борьбе с эпидемией туберкулеза ВОЗ, является отсутствие достаточной политической воли и неэффективное использование недостаточных в большинстве стран финансовых ресурсов, недостаточная укомплектованность и развитие кадровых ресурсов, проблемы организации системы здравоохранения, и нерегулярное обеспечение противотуберкулезными препаратами, а также нехватка и недостаточное распространение достоверной информации о туберкулезе среди дезадаптированных слоев населения.

Основные направления Национальной программы по контролю над туберкулезом в Республике Казахстан [2].

1. Оказание консультативной, организационно-методической помощи противотуберкулезной организации областного, городского и районного уровней и медицинскими организациями.

2. Осуществление контроля в определении потребности в противотуберкулезных препаратах для лечения, профилактики туберкулеза, над их рациональным использованием, целевым расходованием и правильным хранением по стране.

3. Бесперебойное обеспечение качественными противотуберкулезными препаратами и обеспечение доступа к качественной бактериологической диагностике туберкулеза.

4. Мониторинг реализации противотуберкулезных мероприятий в областях, регионах и на районном уровне согласно графика, утвержденный уполномоченными органами Министерства Здравоохранения и Комитета по защите прав потребителей Министерства национальной экономики.

5. Организация и проведение тренингов, семинаров, конференций и проведение круглых столов для специалистов медицинских организации по вопросам борьбы с туберкулезом

6. Работа с неправительственными организациями, в том числе общественными и международными.

Система мониторинга и оценки программ контроля над туберкулезом в республике имеет 4 уровня выполнения:

1. национальный;
2. областной;
3. районный;
4. учрежденческий

Заболеваемость по туберкулезу за 9 месяцев 2014 года по городу Астана отмечено снижение на 25,2% по сравнению с 2013 годом.

Среди детей до 14 лет отмечено снижение на 33,5 % по сравнению с аналогичным периодом 2013 года.

По городу Астана за 9 месяцев текущего года обследовано по пробе Манту 17562 детей, при этом выявлено 725 детей с «виражом» и гиперергической реакцией – 4,1%, которые охвачены химиопрофилактикой.

Показатель болезненности по туберкулезу снизился на 14,1% по сравнению с аналогичным периодом 2013г.

За 9 месяцев 2014 года охвачено флюорообследованием 285067 человек, при этом выявлено 0,1% больных туберкулезом, бактериологическим методом выявлено 2,9 % по сравнению с 2013 годом.

Департамент по защите прав потребителей г. Астаны Комитета по защите прав потребителей МНЭ РК держит на контроле все очаги, состоящие на диспансерном учете в противотуберкулезном диспансере г. Астаны.

Улучшена работа по санитарно-просветительной работе по профилактике туберкулеза. Департаментом организованы выступления по телевидению, в средствах массовой информации, озвучены аудио и видео лекции в высших учебных заведениях, средних учебных заведениях, общеобразовательных школах, торговых домах, кинотеатрах, банках города, рынках, общественном транспорте города, аэропорте, автовокзале, железнодорожном вокзале.

В целях усиления борьбы с туберкулезом рекомендуем:

1. Принять дополнительные меры по улучшению лабораторной диагностики туберкулеза, включая микроскопические и бактериологические исследования в поликлинических учреждениях.

2. Обеспечить подготовку рентгенологов, лаборантов общей лечебной сети для недопущения специальных пропусков в медицинских организациях.

Литература:

1. Исмаилов Ш.Ш., Баймуханова К.Х., Назирова Н.И., Ни З. Стратегия и организация Национальной программы по контролю над туберкулезом в Республике Казахстан. // Руководство по контролю над туберкулезом в Республике Казахстан. Алматы 2010, 257с.
2. Сборник индикаторов для мониторинга и оценки национальных программ борьбы с туберкулезом. - Женева: ВОЗ-2004, 216с.

РЕЗЮМЕ

ОСНОВНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ КОНТРОЛЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ГОРОДЕ АСТАНЕ

Шайзадина Г.Н., Калитанова А.Д., Хасенова А.Ж., Аманова А.Д.

В статье представлен материал о стратегии и организации контроля над туберкулезом и проведении профилактических мероприятий в Республике Казахстан и в городе Астане.

ТҮЙІНДЕМЕ

АСТАНА ҚАЛАСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ АЛДЫН-АЛУ ЖӘНЕ БАҚЫЛАУДЫҢ НЕГІЗГІ ҰЙЫМДАСТЫРУ СҰРАҚТАРЫ

Шайзадина Г.Н., Калитанова А.Д., Хасенова А.Ж., Аманова А.Д.

Бұл статияда Қазақстан Республикасында және Астана қаласында алдын-алу іс-шараларын жүргізу және туберкулезді бақылауды ұйымдастыру стратегиясы туралы мәліметтер көрсетілген.

SUMMARY

MAIN ORGANIZATION STATEMENTS IN CONTROLLING AND PREVENTION OF TUBERCULOSIS IN ASTANA

Shaizadina G.N., Kalitanova A.D., Khassenova A.Zh., Amanova A.D.

The issue highlights the data of strategy and organization processes in controlling and prevention of tuberculosis disease in Republic of Kazakhstan in whole, and in Astana city in particular.

НЕЙРОРАЗВИВАЮЩИЙ МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Чуватаева К.К. Ульмисекова Г.Б.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана

Актуальность. Увеличение числа детей с двигательными нарушениями во всем мире потребовало дополнительного и тщательного изучения подходов к их реабилитации, разработке новых эффективных методов лечения, восстановления нарушенных функций, способов устранения или уменьшения степени ограничений жизнедеятельности индивидуума.[1]

Традиционно в европейских странах из нейроразвивающих подходов наиболее часто используется метод нейроразвивающего лечения Карла и Берты Бобат.

Их взгляды находились под влиянием существующей в то время теории рефлекторного и иерархического созревания нервной системы. Согласно Бобат, моторные проблемы при церебральных параличах возникают вследствие поражения центральной нервной системы. При этом нарушается развитие постуральных, антигравитационных механизмов, замедляется и искажается нормальное моторное развитие ребенка. [2]

Цель исследования. Анализ применения методики БОБАТ терапии у детей с детским церебральным параличом.

Для пациентов с двигательными нарушениями наиболее эффективными, безопасными и недорогими методами реабилитации признаны кинезотерапевтические методы.

Основные цели физической реабилитации (Edwards, 2004) определяются как:

- Повышение или улучшение репертуара навыков
- Сохранение или улучшение уровня функционирования
- Разработки общей программы ведения пациента для минимизации развития осложнений (деформаций и контрактур)

Бобат-терапевты оценивают пациента, выделяют недостающие и патологические движения или элементы движений и выбирают такие приемы, которые позволяют пациенту почувствовать нормальное движение и достигнуть необходимого результата.

Применяемые терапевтические приемы:

Позиционирование (когда физический терапевт помещает пациента в определенную позу); техники ручного обращения (когда терапевт своими руками удерживает пациента, распределяет его вес, перемещает его, т.е. использует ингибицию, фасилитацию и стимуляцию).

Кроме того, Бобаты подчеркивали важность влияния на «ключевые точки контроля». При этом под ключевыми точками контроля называют те части тела, воздействуя на которые, терапевт может наиболее эффективно контролировать и изменять паттерны позы и движений в тех частях тела, где изменен мышечный тонус (ключевые точки могут быть проксимальными и дистальными).

Программа Бобат - терапии всегда индивидуальна, она построена на

тщательной оценке каждого пациента, его особенностей функционирования. Бобат-терапевт с помощью специальных техник помогает пациенту освоить правильное движение, стремится к тому, чтобы оно было максимально нормальным и максимально самостоятельным.

Методика Бобат обучения движению в последние годы имеет все большее распространение в связи с:

- достоверной статистической эффективностью ее использования при физической реабилитации детей с двигательными нарушениями;
- возможностью сочетания ее с элементами других методик физической реабилитации;
- относительной простотой ее использования, не требующей дополнительного дорогостоящего специального оборудования;
- возможностью использования ее в домашних условиях после подбора соответствующих упражнений специалистом - кинезотерапевтом.

Материалы методы: В течение 6 месяцев методика моторного обучения в сочетании с элементами нейроразвивающего лечения использовались у детей в возрасте до 3-лет с двигательными нарушениями.

Группы использования данного метода распределялись следующим образом:

- 1) Дети с последствиями перенесенной энцефалопатии новорожденного, имеющие легкую задержку в развитии двигательных навыков (иногда – в сочетании с легкой задержкой в других областях развития) – 10 детей (52,7%)
- 2) Дети первого года жизни с выраженной задержкой двигательного развития (угроза ДЦП), дети с установленным диагнозом ДЦП, последствиями раннего органического поражения ЦНС – 6 детей (31,6%).
- 3) Дети с пороками развития различных органов и систем, с хромосомными и генетическими аномалиями – 3 детей (15,7%)

Следует отметить, что во 2-3 группах детей наблюдалось отставание в 2-х и более областях развития.

Применение методики осуществлялось в виде:

- оценки двигательных проблем ребенка и его повседневной активности,
- определения терапевтической тактики и предполагаемой длительности лечения ребенка,
- обучения родителей способам включения ситуаций обучения движению в повседневную жизнь ребенка и семьи и методам контроля за совершаемыми движениями (внешней обратной связи),
- проведение индивидуальных занятий с ребенком по развитию двигательной активности в присутствии и при активном участии родителей (в контексте познавательных, игровых действий и активной коммуникации с ребенком).
- оценки эффективности физиотерапевтического лечения.

Следует отметить, что для каждого ребенка (из 2-3 целевых групп) в отдельности составлялась индивидуальная программа в зависимости от результатов оценки уровня развития ребенка не только в области движений, но и в областях социально-эмоционального, психоречевого развития, а также индивидуальных особенностей личности ребенка и его функционирования в социокультурной среде. При составлении программ родители в большей части случаев выступала в качестве

полноправных участников процесса реабилитации ребенка наравне со специалистами. С семьей обсуждались основные проблемы и особенности ребенка, выделялись приоритетные для них (родителей), но при этом значимые и достижимые для ребенка цели двигательного развития. Пути достижения поставленных целей также находились в зависимости от индивидуальных особенностей каждого ребенка и особенностей уклада его семьи (для каждого ребенка отдельно подбирались игры, игрушки, способы обучения движениям, методические приемы).

Результаты вмешательства оценивались по изменению (улучшению) у ребенка нейромышечных, скелетных и др. функций, связанных с движениями, а также по изменению (расширению) двигательной активности пациента.

Результаты. Все дети из первой группы достигли уровня двигательного развития, соответствующего возрастной норме.

Во второй группе – 2 ребенка достигли уровня моторного развития, соответствующего возрастной норме (33,4%), у 3 детей отмечалось улучшение (увеличение репертуара двигательных навыков, расширение двигательной активности) (50%), у 1 пациента – без существенной динамики (16,6%).

В третьей группе – у 2 пациента отмечено улучшение (66,6%), у 1 пациента – с незначительной динамики (33,4%)

Выводы: Применение элементов Бобат терапии в реабилитации детей с ДЦП приводит к расширению возможностей самообслуживания у пациентов, развитию правильных двигательных стереотипов, реакции равновесия, что способствует повышению качества жизни пациентов.

Литература:

1. Хольц Ренате - Помощь детям с церебральным параличом; пер. с нем.- Теревинф 2007
2. Бобат – концепция. Теория и клиническая практика в неврологической практике группа компаний «Мадин» и международный издательский дом «Wiley-Blackwell
3. Бортфельд С.А. Двигательные нарушения и лечебная физическая культура при ДЦП. Л.: Медицина

РЕЗЮМЕ

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ БОБАТ КАК НЕЙРОРАЗВИВАЮЩИЙ МЕТОД ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Чуватаева К.К., Ульмисекова Г.Б.

Применение элементов Бобат – терапии приводит к расширению возможностей самообслуживания, повышению репертуара навыков, улучшению уровня функционирования, минимизация развития осложнений деформаций и контрактур.

ТҮЙІНДЕМЕ

БАЛАЛАР САЛДАНУ АУРУЫНДА БОБАТ ЭЛЕМЕНТТЕРІН НЕЙРОЖЕТІЛДІРУ ӘДІСІ РЕТІНДЕ ҚОЛДАНУ

Чуватаева К.К., Ульмисекова Г.Б.

Бобат - терапия элементтерін қолдану өз-өзіне қызмет ету мүмкінділігін арттырады, дағдыларын жоғарылатады, функцияналдық деңгейін жоғарылатып, деформация мен контрактура секілді асқынудың дамуын азайтады.

SUMMARY

APPLICATION OF ELEMENTS OF BOBAT - THERAPY AS DEVELOPING METHOD IN CHILDREN'S CEREBRAL PALSY

Chuvataeva K.K, Ulmisekova G.B.

Application of elements of Bobat - therapy leads to the improvement of self service, improve repertoire of skills, improve the level of functioning, minimization of complications such as deformations and contractures.

УДК:616.831-009.11-053.2: 612.312-07

ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ГЛОТАНИЯ ПРИ ДЦП.

Ульмисекова Г.Б., Нигметжанова М.Б., Жакежанова Ж.Р.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г.Астана

Ключевые слова: пульсоксиметрия, аспирация, дисфагия, сатурация, неэффективный кашель, кислородотерапия, гипоксия, дыхательные нарушения.

Key words: pulsoxymetry, aspiration, dysphagia, saturation, non-effective cough, oxygenoterapia, hypoxia, respiratory disorders.

Актуальность. Наиболее частой причиной заболеваемости детей с ДЦП является респираторные заболевания верхних и нижних дыхательных путей. Тяжело протекают респираторные заболевания у детей с наличием бульбарных симптомов, т.е. с нарушением глотания, жевания, ввиду того, что происходит аспирация пищи во время кормления, иногда во время сна [1]. Тяжесть также бывает обусловлена тяжелым преморбидным фоном, состоянием реактивности иммунной системы, присоединением вирусных заболеваний, наличием сопутствующих соматических заболеваний. Возникновение дыхательных нарушений при дисфагии в большинстве случаев, связано с нарушением техники кормления детей, а также с консистенцией пищи [3]. Нарушения глотания – это не только дискомфорт для пациента, так как он

не может полноценно принимать пищу, пить воду, но и большая угроза развития дыхательной недостаточности или так называемой аспирационной пневмонии. Пневмония развивается, как правило, у пациентов после попадания в бронхи пищевых комков, к сожалению, иногда заканчивается для больного смертельным исходом. Поэтому важно соблюдение техники кормления, правильное положение во время кормления детей с нарушением глотания [2]. Снижение силы орофарингеальных мышц может стать причиной неэффективного кашля, вызвать нарушение фонации и глотания с риском аспирации, что может приводить к развитию острой дыхательной недостаточности [2]. Возникшие дыхательные нарушения, вследствие аспирации, требуют оказания неотложных мер: экстренной диагностики и лечения.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 3 группы детей в возрасте от 1 года до 3-х лет на базе психоневрологического отделения «Бобек» АО «РДРЦ» г. Астана. Первая группа – 15 детей ДЦП с дисфагией, вторая группа -15 детей ДЦП без дисфагии, 3 группа -15 детей с другими неврологическими заболеваниями без дисфагии. Пульсоксиметрия проводилась всем 3 раза в день: до и после кормления. Измерялись показания пульса, сатурации крови обследуемых детей. Во второй группе пульсоксиметрия проводилась детям с ДЦП без нарушения глотания и в третьей группе детей с другими неврологическими заболеваниями, у которых в неврологическом статусе не было симптомов нарушения глотания. Пульсовая сатурация кислорода (пульсовое насыщение кислородом) представляет собой процентное содержание оксигемоглобина в общем объеме гемоглобина в крови, так называемое содержание кислорода в крови. Она является важным биологическим параметром дыхания. Пульсоксиметр имеет компактный размер, удобен в использовании и портативный. Пациент продевает один палец в датчик для диагностики, и на экране дисплея сразу же появляется значение сатурации гемоглобина.

Результаты и обсуждение. При этом было выявлено, что в первой группе при поперхивании, непродуктивном кашле наблюдалось снижение сатурации крови ниже 90% у 3 детей (20%), ниже 94% у 5 детей (33%) и у 7 детей (47%) поперхивания во время кормления не было, сатурация составила 96-98%. Фактов поперхивания во время кормления не наблюдалось. В каждой группе наблюдались случаи показаний пульсоксиметра ниже 94% у 2 детей - до и после кормления, что связано с нарушением техники пульсоксиметрии (дети плакали, шевелили руками). Клинически признаков дыхательных нарушений не выявлено. Сатурация крови во второй группе у 13 детей (87%) составила от 95 до 98 %; в третьей группе показатели сатурации у 13 детей (87%) были в пределах от 95% до 98%.

Проведенное обследование с помощью пульсоксиметра, клинические симптомы гипоксии у детей первой группы (непродуктивный кашель, учащенное дыхание, цианоз носогубного треугольника) показало необходимость срочного назначения в таких случаях детям приемов Геймлиха, ингаляций с бронходилататорами, дренажа дыхательных путей. Своевременность оказания помощи способствовала быстрому купированию и смягчению симптомов обструкции у детей. Наличие симптомов дисфагии, частые дыхательные нарушения, возникающие при аспирации, указывают на необходимость постановки

детям с нарушением глотания гастростом для решения проблемы кормления и питания ребенка.

Пульсоксиметрия может указать на гипоксию гораздо раньше, чем врач заметит ее клинические признаки, например цианоз. Нарушение проходимости дыхательных путей препятствует поступлению кислорода в легкие. По данным литературы, если сатурация составляет 94% или ниже, у пациента имеется гипоксия и необходимо быстро принимать меры. Сатурация ниже 90% требует неотложной помощи. Цианоз сложно выявить пока сатурация не опустится ниже 90%. Надо помнить, что у пациента с тяжелой анемией можно не увидеть цианоз, даже если сатурация очень низкая.

На показания сатурации оказывает влияние соблюдение правильности техники измерения: спокойное состояние ребенка, отсутствие дрожи, подергиваний пальчика, отсутствие яркого света, направленного на пульсоксиметр т.д. Аппарат очень чувствителен, при нарушении техники обследования, показатели сатурации и пульс становятся неадекватными состоянию ребенка. Методика проста в применении, не требует длительного обучения врачей, медсестер, родителей, осуществляющих уход за ребенком.

В случаях снижения сатурации крови ниже 94% появляется необходимость для принятия неотложных мер, назначения кислородотерапии, дренажа дыхательных путей, назначения ингаляции с бронходилататорами (беродуал, вентолин и др.), проведения дыхательной гимнастики [2].

В связи с быстрым нарастанием явлений гипоксии, приводящим к ухудшению состояния ребенка, появляется необходимость дальнейшего лечения в реанимационном отделении. Поэтому метод пульсоксиметрии в ранней диагностике дыхательных расстройств у детей с симптомами нарушения глотания актуален и необходим не только у детей младшего возраста, но и более старшего возраста.

Использование пульсоксиметров показано не только в клиниках, реабилитационных центрах, но и в домашних условиях, так как пульсоксиметрия является системой раннего оповещения о дыхательных нарушениях у пациента. Применение простой неинвазивной методики пульсоксиметрии дает возможность объективно оценить параметры сатурации и принять правильное клиническое решение, улучшить выявляемость пациентов с гипоксемией и улучшить прогноз их жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Thorax an international journal of respiratory medicine. 2012 july, volume 67:15. Guidelines for respiratory management of children with neuromuscular weakness
2. Бронхолегочные осложнения заболеваний нервно-мышечной системы: клинические рекомендации Испанского общества пульмонологов и торакальных хирургов. По материалам: Farrero E., Fntyn A., Egea C.J. e tal. Guidelines for the management of respiratory complications in patients with neuromuscular disease /Arch.Bronconeumol. 2013;49 (7):306-313.
3. 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.

РЕЗЮМЕ

ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ГЛОТАНИЯ ПРИ ДЦП

Ульмисекова Г.Б., Нигметжанова М.Б., Жакежанова Ж.Р.
АО «Республиканский детский реабилитационный центр» (Астана)

Метод пульсоксиметрии в ранней диагностике дыхательных расстройств у детей с симптомами нарушения глотания при ДЦП является системой раннего оповещения о дыхательных нарушениях у пациента, обеспечивая объективную оценку параметров сатурации и принятия правильного клинического решения.

SUMMARY

PULSOXYMETRY IN EARLY DIAGNOSTICS OF RESPIRATORY DISORDERS OF CEREBRAL PALSY CHILDREN WITH DYSPHAGIA

Ulmisekova G.B., Nigmatzhanova M.B., Zhakezhanova Z.R.
«Republican Children's Rehabilitation Centre» Joint-Stock Company
Astana city

The pulsoxymetry method in early diagnostics of respiratory disorders in children with cerebral palsy who have problems of swallowing is an early system of warning that provides an objective assessment of saturation parameters and makes appropriate clinical decisions.

ТҮЙІНДЕМЕ

БЦП КЕЗІНДЕ ЖҰТУ БҰЗУШЫЛЫҒЫ БАР БАЛАЛАРДЫҢ ТЫНЫС АЛУЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫН ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАЛАУДАҒЫ ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ

Г.Б.Өлмесекова, М.Б.Нигметжанова, Ж.Р.Жакежанова
«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ (Астана)

БЦП кезінде жұту бұзушылығы бар балалардың тыныс алуының бұзылуын ерте диагностикалаудағы пульсоксиметрия әдісі сатурация параметрлерін объективті бағалауды және дұрыс клиникалық шешім қабылдауды қамтамасыз ете, пациентте тыныс алу бұзушылығы бар екендігі туралы ерте хабарлау жүйесі болып табылады.

II МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТОЛОГИИ».

С 24 сентября по 28 сентября 2014 года АО «Республиканский детский реабилитационный центр» совместно с Всемирной федерацией водолечения и климатолечения (FEMTEC) проводил 67-ую сессию Генеральной Ассамблеи FEMTEC, в рамках которой была проведена II Международная научно-практическая конференция «Приоритетные направления реабилитологии».

FEMTEC – это самое крупное объединение курортов со всего мира, в состав которого вступили Япония, Корея, Германия, Италия, Франция, Румыния, Куба, Китай, Россия, Украина, Казахстан, Белоруссия, Литва и др.

Всемирная федерация водолечения и климатолечения официально аккредитована Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ). Генеральная Ассамблея FEMTEC на ежегодных сессиях подводит итоги прошедшего года и намечает дальнейшие пути развития научно-практической деятельности в мире в области курортологии.

Основные направления деятельности:

Развитие курортного дела и продвижение на международном уровне через государственные и общественные организации;

Обмен результатами исследований и опытом в области курортного дела;

Международное деловое сотрудничество в курортной сфере;

Помощь в развитии и популяризации водных и климатических курортов государств-членов ФЕМТЕК и в мировом масштабе.

Активная работа в ФЕМТЕК известных ученых и практиков курортного дела, таких, как И. Флюк (Венгрия), М. Лобода (Украина), А. Разумов (Россия), К. Джаннотти Печчи (Италия), Ф. Дуас (Тунис), К. Енг Мин (Корея), Т.Таки (Япония), и Ф. Менендес (Куба) укрепили ее авторитет в Международном плане.

Основной идеей проведения Международного Конгресса FEMTEC в Казахстане является развитие санаторно-курортного и реабилитационного направлений. Цель Конгресса – развитие курортного дела, медицинского туризма, обмен результатами исследований по реабилитологии и курортологии, выработка рекомендаций по популяризации водных и климатических курортов государств-членов FEMTEC.

В программу Конгресса вошли рассмотрение вопросов достижений мировой курортологии; исследования, проводимых в области водолечения и климатолечения; окружающей среды, климата и здоровья; основных направлений развития и новых технологий восстановительной медицины, реабилитации и курортологии; менеджмента и маркетинга курортов и рекреации; законодательства в курортной сфере.

Итоги помогут удовлетворить растущий спрос по изучению и применению инновационных методов и подходов в области курортологии и реабилитологии в Казахстане.

В задачи проведения Конгресса входили ознакомление потенциальных иностранных туристов с уникальными лечебными и климатическими

особенностями санаториев, курортов, реабилитационных центров Казахстана и подписание Меморандумов о сотрудничестве по привлечению потока медицинских туристов.

В Конгрессе приняли участие более 250 человек, а именно руководители курортов из 25 стран мира, ученые и специалисты в области восстановительной медицины и курортологии: руководители SPA-центров; представители здравоохранения, туристического бизнеса, а также представители Министерства здравоохранения и социального развития, депутаты Мажилиса Парламента РК, первые руководители медицинских организаций.

Целевая аудитория состояла из представителей государственных и частных организаций здравоохранения Республики Казахстан.







В память о великом человеке, блистательном ученом, ораторе, педагоге, враче с большой буквы -

ЖАНГАЛИ ХАМЗАБАЕВИЧЕ ХАМЗАБАЕВЕ

14 октября 2014 г. после продолжительной болезни скончался академик Казахстана, профессор, обладатель множества государственных наград, премий и почетных званий.



Жангали Хамзабаевич был одним из организаторов радиологической службы Казахстана, бесконечно уважаемым человеком для всех, кто его знал. Он совмещал множество должностей - руководителя службы, зав. кафедрой, президента общественных организаций. Президента ассоциации рентгенорадиологов Казахстана, заведующего кафедрой радиологии № 2 Медицинского университета г.Астаны, академика Академии профилактической медицины (АПМ), Почетного иностранного члена Санкт-Петербургского радиологического общества, доктора медицинских наук. В течение многих лет был главным рентгенологом Минздрава Казахстана, создателем и президентом Евразийской и Казахской ассоциации радиологов.

Он являлся одним из основоположников объединения методов лучевой диагностики в единую специальность - радиологию, создателем научных основ и структуры деятельности рентгенорадиологической службы Казахстана, основателем школы последователей великих традиций отечественной и российской рентгенорадиологии.

Хамзабаев Ж.Х. после окончания Карагандинского Государственного медицинского института (ныне академия) работал в течение двух лет в НИИ гигиены труда и профзаболеваний (г. Караганда).

В 1965 г. Жангали Хамзабаевич поступает в очную аспирантуру по рентгенологии в НИИ хирургии им. А.В. Вишневского АМН СССР. В эти годы он в Москве получает профессиональное образование по рентгенологии. Научная его работа была посвящена изучению и разработке рентгено - ангиографических признаков сложных сочетанных пороков трехстворчатого клапана сердца. Данная проблема, в особенности рентгенологические ее аспекты, в то время были недостаточно изучены.

Путем сопоставления результатов рентгенологических, рентгенокимографических и электрокимографических исследований с результатами внутрисердечной катетеризации и интраоперационными данными Жангали Хамзабаевичем был впервые описан ряд новых для этого порока признаков. К ним относятся: симптом «поворота» сердца вокруг своей оси с выходом правого желудочка на левый его контур (вместо обычного правого), симптом «кофейного зерна», обусловленный задержкой контрастированной крови в карманах непарных вен при высоком давлении в правом предсердии, симптом «парадоксального» несоответствия огромных размеров сердца и «прозрачных» легочных полей при трикуспидальном пороке и др.

Всем этим новым рентгеноангиографическим симптомам Жангали Хамзабаевичем было дано гемодинамическое обоснование, основываясь на данных, полученных методом катетеризации полостей сердца. Результаты своих исследований Хамзабаев Ж.Х. суммировал в кандидатской диссертации, которая была успешно защищена им в 1968 г. в г.

Москве, на Ученом Совете института хирургии им. А.В. Вишневского АМН СССР.

После завершения учебы в аспирантуре (г. Москва) Жангали Хамзабаевич с октября 1968 года начал свою научно-практическую деятельность в НИИ клинической и экспериментальной хирургии им. А.Н. Сызганова(г.Алматы), последовательно занимая должности старшего научного сотрудника, руководителя отдела лучевой диагностики, а затем заместителя директора института по научно-клинической работе. В этот ответственный период становления и развития кардиохирургии в республике Жангали Хамзабаевичу было доверено директором института, академиком Сызгановым А.Н., возглавить важнейшую диагностическую службу института - отдел лучевой диагностики с лабораторией внутрисердечных исследований. Этой службой он бессменно и успешно руководил на протяжении 25 лет.

Новый, исключительно важный этап научной деятельности Ж.Х. Хамзабаева связан с его учебой в докторантуре (1975-1980 г.г.) в Москве, при институте сердечно - сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева АМН СССР. В эти годы Жангали Хамзабаевич под руководством выдающегося ученого академика Покровского Анатолия Владимировича разрабатывает рентгенорадиологические дифференциально-диагностические критерии различных форм артериальной гипертензии почечного и надпочечникового генеза.

В результате рентгеноурологических, фармакоангиографических и радионуклидных исследований были получены диссертантом новые данные, которые позволили эффективно проводить дифференциальную диагностику сложных клинических форм симптоматической артериальной гипертензии и определить рациональную лечебную тактику.

Все эти новые данные были суммированы в его докторской диссертации, которая была успешно защищена в Москве в 1980 году в Научном Центре хирургии МЗ РФ, возглавляемом академиком Б.В. Петровским.

Жангали Хамзабаевич являлся первым рентгенологом в Казахстане, защитившим докторскую диссертацию по лучевой диагностике.

В 1980 году он впервые в Казахстане организовал и сам возглавил Республиканский Центр по рентгеноконтрастным и ангиографическим методам исследования. Это явилось важной вехой в развитии этого перспективного лечебно-диагностического направления медицины в Республике Казахстан.

После завершения учебы в докторантуре Жангали Хамзабаевич активно работает над вопросами разработки и широкого внедрения в республике других новых и наиболее перспективных направлений рентгенологии (в том числе интервенционных радиологических вмешательств) в практику Здравоохранения республики.

Результаты этих научных исследований отражены в многочисленных публикациях, методических рекомендациях, монографиях и диссертациях, выполненных под руководством проф. Хамзабаева Ж.Х.

С 1980 по 2004г. проф.Хамзабаев Ж.Х. был главным внештатным рентгенологом МЗ РК.

С 1988 года по настоящее время проф. Хамзабаев Ж.Х. являлся председателем научного общества (президентом Ассоциации) радиологов Казахстана;

В 1995 году Хамзабаев Ж.Х. был избран академиком Академии профилактической медицины РК.

С 2003 г. Почетный член Грузинской Ассоциации радиологов.

Также проф. Хамзабаев Ж.Х. предпринимал активные меры по внедрению в Республике неионных контрастных веществ (омнипак, ультравист), эхоконтрастных средств для УЗИ диагностики (эховист, левовист), парамагнитных средств (омнискан, магневист), контрастных веществ для исследования желудочно-кишечного тракта (гастрографин, бар-випс).

В 2005 г. он был избран Почетным членом Ассоциации радиологов Узбекистана.

На юбилейной конференции, организованной компанией «Никомед» (Норвегия) в ноябре 2006 г. проф. Хамзабаев Ж.Х. был награжден Почетным дипломом компании с надписью «Первому врачу, применившему неионное контрастное вещество в Казахстане».

С 2007г. являлся Почетным членом Санкт-Петербургского общества радиологов.

На 3-м Евразийском форуме радиологов (г.Астана, 2009г.) он был переизбран на новый срок Президентом Ассоциации радиологов Казахстана.

Хамзабаев Ж.Х. являлся Почетным профессором Карагандинской Государственной Медицинской Академии и Семипалатинской Государственной Медицинской Академии.

За большой вклад в развитие Здравоохранения Республики, многолетнюю добросовестную работу, внесение значительного вклада в развитие Международного Сотрудничества профессор Хамзабаев Ж.Х. Указом Президента Республики Казахстан № 23 от 16 декабря 2007 года награжден орденом «Құрмет» (орден «Почета»).

Профессор Хамзабаев Ж.Х. являлся членом редакционных коллегий ряда научных журналов таких, как «Травматология и ортопедия» МЗ РК, «Радиология – Практика» МЗ РФ, «Диагностическая и интервенционная радиология» МЗ РФ, «Лучевая диагностика и терапия» МЗ РФ.

Жангали Хамзабаевич - автор 410 научных работ, 14 монографий, 27 методических рекомендации и 14 изобретений, большинство из которых являются настольными книгами для врачей-рентгенологов и не потеряют свою актуальность на многие годы вперед. Под его руководством выполнено 50 кандидатских и докторских диссертационных научных исследований, заложивших фундамент по целому ряду направлений радиологии.

Круг его научных интересов разнообразен и охватывал многие разделы рентгенодиагностики. Научные исследования и разработки, выполненные под его руководством, всегда основаны на глубоком знании проблемы и на собственном богатом клиническом опыте.

Большое внимание в научных исследованиях он уделял разработке организационно-методических аспектов функционирования отделений и кабинетов лучевой диагностики ЛПУ различного уровня.

Он заботливо растил кадры научных работников и практических врачей, воспитал большую плеяду врачей радиологов. Его отличала высокая принципиальность и бескомпромиссность во всем – в науке, в отношении к больным, во взаимоотношениях с людьми. Это человек ярко выраженной индивидуальности, широкой эрудиции, пользовался непререкаемым авторитетом среди коллег и многочисленных учеников.

Ж.Х.Хамзабаев - представитель славного поколения рентгенологов, сформировавшихся в послевоенное время, внесший большой вклад в развитие отечественной лучевой диагностики.

Медицинская общественность, ученики и коллеги скорбят по поводу его кончины и всегда будут помнить своего большого друга и учителя.

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 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.



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



В Центре используются
компьютерные технологии
БОС для реабилитации
пациентов
с патологией опорно-
двигательного
аппарата, изменениями в
психо-эмоциональной

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.

