



ВПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ

ISSN 2222

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ №20 | 2017(1)



ОО «Ассоциация реабилитологов и курортологов»

ОҢАЛТУДЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ» ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ «ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ»
«REHABILITATIONISSUES» PERIODICAL

ISSN 2222 - 2014

Научно-практический журнал издается 3 раза в год

Тираж 300 экземпляров

Редакционная коллегия:

Дарибаев Ж.Р., Ризванова А.Р., Кусаинова К.К.
Оспанова Ш.Х., Султанова Г.М., Медетбекова Ж.А.

Редакционный совет:

S. Bar Naim (PhD, Израиль)
Т.Т. Батышева (д.м.н., профессор, Россия)
М. Белокопытов (доктор PhD, Израиль)
Т.Т. Бокебаев (д.м.н., профессор, Казахстан)
А. Крицюнас (д.м.н., профессор, Литва)
М.М. Лепесова (д.м.н., профессор, Казахстан)
F. Menendez (PhD, Cuba)
Х.М. Мухаметжанов (д.м.н., профессор, Казахстан)
Е.С. Нургужаев (д.м.н., профессор, Казахстан)
Р.И. Рахимжанова (д.м.н., профессор, Казахстан)
К.А. Семенова (д.м.н., профессор, Россия)
O. Surdu (Ovidius University, Romania)
U. Solimene (PhD, Italy)
А.В. Чемерис (д.м.н., профессор, Казахстан)
А. Шарман (PhD, Казахстан)
Н.И. Шевелева (д.м.н., профессор, Казахстан)
I. Ponikowska (PhD, Poland)

Учредитель журнала:

ОО «Ассоциация реабилитологов и курортологов»

Адрес редакции:

г. Астана, ул Рыскулбекова 16-77

Телефон/факс: (7172) 511-565

E-mail: ao_rdrc@mail.ru

Журнал зарегистрирован в Министерстве информации и коммуникаций РК
Свидетельство о постановке на учёт № 16123-Ж от 05.09.2016 г.

**«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,
ул. Рыскулбекова 16 -77**

тел./факс 7172-511-565
e-mail: ao_rdrс@mail.ru

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. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ В ФИЛИАЛЕ КОРПОРАТИВНОГО ФОНДА «UNIVERSITY MEDICAL CENTER» НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Кусаинова К.К.	5
2. ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭОР И ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО КОМПЬЮТЕРНОГО ТОМОГРАФА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА Мухаметжанов Х., Карибаев Б.М., Мухаметжанов Д.Ж., Бекарисов О.С., Булекбаева Ш.А., Кусаинова К.К.	8
3. БИЗНЕС ПРОЦЕСС И СТРУКТУРА КОЕЧНОГО ФОНДА ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА, НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕГРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ГКП НА ПХВ «ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР» МАНГИСТАУСКОЙ ОБЛАСТИ) Ж.А. Жаманбаева, Вощенкова Т.А.	11
4. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ У ДЕТЕЙ, СОЧЕТАННЫЕ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МОЗГА Булекбаева Ш.Э., Алтынбекова А.Т., Байдарбекова А.К.	19
5. ПРИМЕНЕНИЕ БОБАТ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ Булекбаева Ш. А., Дарибаев Ж. Р., Атабаева Г. Е., Чуватаева К.К., Нигметжанова М. Б.	26
6. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ Бекмуллаева А. Н., Ахметчина Ж. К., Абсаматова Д.Г.	32
7. ТРАНСПЕДИКУЛЯРНАЯ ПЛАСТИКА ТЕЛА ПОЗВОНКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЕОР И ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО КОМПЬЮТЕРНОГО ТОМОГРАФА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА Мухаметжанов Х., Карибаев Б.М., Мухаметжанов Д.Ж., Бекарисов О.С., Булекбаева Ш.А., Кусаинова К.К.	39
8. ОРГАНИЗАЦИЯ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В КЛИНИКАХ БЕЛЬГИИ. ОБМЕН ОПЫТОМ Хайрулиина А.А.	42
9. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ Смакова А.С., Тайтубаева Г.К., Хан Л.А., Амирова А.Т., Парманова З.А.	47
10. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ВОЙТА – ТЕРАПИИ Жылкыбаев Г.Л.	51
11. ИНКЛЮЗИВТИ БІЛІМ БЕРУ ЗАМАН ТАЛАБЫ Ауесханова Г. С., Аширова М. О.	57
12. РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ В УСЛОВИЯХ ЖАМБЫЛСКОГО ОБЛАСТНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «МАТЕРИНСТВО И ДЕТСТВО» Карибаева Д.Ж., Азимкулова Г.М.	60

УДК: 616.8-036.86.001.76(574)

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ В ФИЛИАЛЕ КОРПОРАТИВНОГО ФОНДА «UNIVERSITY MEDICAL CENTER» НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Кусаинова К.К.
Филиал корпоративного фонда «University Medical Center»
Национальный центр детской реабилитации, г. Астана**

Филиал корпоративного фонда «University Medical Center» Национальный центр детской реабилитации (Далее - Центр), является ведущим реабилитационным центром в Республике Казахстан по оказанию высокоспециализированной медицинской и психолого-педагогической помощи пациентам с заболеваниями и травмами центральной и периферической нервной системы. Деятельность Центра направлена на комплексную коррекцию двигательных, психоэмоциональных, речевых нарушений с психоневрологической, нейроэндокринной, нейроортопедической патологиями. **Комплексность** оказываемой реабилитации базируется на трех основных аспектах: медицинский, педагогический, социальный. Благодаря подобному комплексному подходу к процессу реабилитации Центр стал конкурентоспособным на мировом уровне.

В Центре комплексную реабилитационную помощь получают пациенты с последствиями инсультов, перенесенными черепно-мозговыми и позвоночно-спинномозговыми травмами, с расстройствами аутистического спектра, заболеваниями периферической нервной системы, детским церебральным параличом, наследственными и нервно-мышечными заболеваниями. Здесь оказывают реабилитационную помощь как детям, так и взрослым. Дети находятся круглосуточно в течение одного месяца, взрослые получают лечение, находясь на дневном стационаре и амбулаторно.

В комплексном лечении пациентов используется биологическая обратная связь (БОС). Постурография и стабилметрия применяется при нарушениях баланса и навыков движения у детей и взрослых.

В Центре функционирует роботизированный комплекс «Локомот» (Швейцария). В составе комплекса «Локомот» имеется беговая дорожка, роботизированные ортезы для детей и взрослых и система расширенной обратной связи. Комплекс «Локомот» делает доступным проведение активных двигательных тренировок у пациентов уже с 4-хлетнего возраста. Применение комплекса «Локомот» показано после перенесенных травм головного и спинного мозга, инсультов, в послеоперационном периоде после ортопедического лечения и других нарушениях ходьбы. Роботизированная терапия на комплексе «Локомот» дает возможность проведения активной двигательной терапии с расширенной биологической обратной связью, когда пациент может видеть свои достижения в реальном времени на мониторе компьютера или телевизора.

Ортезирование входит в комплекс оказываемых услуг и является неотъемлемой частью современных методов реабилитации. В Центре

функционирует лаборатория ортезирования и моделирования, специализирующаяся на изготовлении ортезов широкого спектра назначения. Функционирует компьютеризированное оборудование фирмы «Paromed», которое позволяет точно по заданным параметрам изготавливать эксклюзивные ортопедические стельки для пациентов, компьютеризированная система «Parolog» - анализатор походки. Кроме этого, для диагностики больных используются современные методы лазерометрии, подометрии при помощи германских установок «Lazer line», «Lazar». Изготавливаются ортезы для суставов верхних и нижних конечностей, мягкие и жесткие корректоры осанки, дофузы, стельки и многое другое.

В неврологических отделениях оказывают реабилитационную помощь медицинские работники, логопеды, психологи, трудотерапевты, игротерапевты, музыкотерапевты. Предусмотрены сенсорные комнаты, мягкие игровые, залы лечебной физкультуры, оснащенные вертикализаторами, позиционерами, ходунками, тренажерами. Используются костюмы динамической проприоцептивной коррекции (Атлант). Также в лечении активно используется иппотерапия – получасовая верховая езда на лошадях, гидрокинезиотерапия, физиолечение.

При спастических синдромах используется ботулинотерапия, значительно повышающая возможности и эффективность реабилитации.

В целях непрерывного обучения в Центре имеется школа с казахским и русским языками обучения, где дети, находившиеся на лечении получают обучение по общеобразовательной и вспомогательной программе. В школе работают три кабинета Монтессори - педагогики. Основные принципы Монтессори- педагогики – игровая форма обучения, создание специальной развивающей среды и самостоятельное выполнение упражнений, основана на индивидуальном подходе к ребенку.

Таким образом, комплексный подход в реабилитации с использованием современных технологий, позволяет добиться существенного улучшения качества жизни пациентов с ограниченными возможностями: увеличивается объем движений, улучшается мелкая моторика, улучшаются когнитивные функции, активнее формируются и становятся более устойчивыми социально-бытовые навыки.

РЕЗЮМЕ

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ В ФИЛИАЛЕ КОРПОРАТИВНОГО ФОНДА «UNIVERSITY MEDICAL CENTER» НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Кусаинова К.К.
Филиал КФ «University Medical Center»
Национальный центр детской реабилитации, г. Астана**

Данная статья описывает инновационные методы реабилитации в Филиале корпоративного фонда «University medical center» Национальный центр детской реабилитации.

ТҮЙІНДЕМЕ

ИННОВАЦИЯЛЫҚ ӘДІСТЕР НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯСЫ «UNIVERSITY MEDICAL CENTER» КОРПОРАТИВТІК ҚОРЫНЫҢ БАЛАЛАРДЫ ОҢАЛТУДЫҢ ҰЛТТЫҚ ОРТАЛЫҒЫ ФИЛИАЛЫНДА

**Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Кусаинова К.К.
«University Medical Center» корпоративтік қорының Балаларды оңалтудың
ұлттық орталығы филиалы**

Осы мақалада инновациялық әдістер нейрореабилитациясы балаларды оңалтудың ұлттық орталығы филиалында қолданыпжатқан.

SUMMARY

INNOVATIVE METHODS OF NEUROREHABILITATION IN THE BRANCH OF CORPORATE FOND «UNIVERSITY MEDICAL CENTER» NATIONAL REHABILITATION CENTER FOR CHILDREN

**Bulekbayeva Sh., Daribayev Zh., Kussainova K.
Branch of Corporate fond «University Medical Center» National
rehabilitation center for children**

This article describes the innovative methods of neurorehabilitation in the branch of corporate fond «University Medical Center» National rehabilitation center for children.

УДК: 616.711.5-001.5-089.844

ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭОР И ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО КОМПЬЮТЕРНОГО ТОМОГРАФА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

**Мухаметжанов Х., Карибаев Б.М., Мухаметжанов Д.Ж.,
Бекарисов О.С., Булекбаева Ш.А., Кусаинова К.К.
РГП на ПХВ НИИТО, РК, Астана**

**ФГУ НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАН, Россия, Москва
КФ «УМС» Национальный центр детской реабилитации**

Целью работы явился сравнительный анализ результатов операций чрескожной вертебропластики (ВП), выполненных под ЕОР и интраоперационным компьютерным томографом (O arm).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 20 больных, которым выполнена ВП, в возрасте от 26 до 85 лет, средний возраст $59 \pm 9,9$ лет; мужчин было 53 (26,5%), женщин – 147 (73,5%). У 3 (1,5%) больных наблюдались гемангиомы, у оставшихся – травмы позвоночника. В острый (114) и ранний (31) периоды травмы поступило 73,6% больных, в промежуточный (29) и поздний (23) – 26,4%. 160 (81,2%) пострадавших получила травму в быту, 31 (15,7%) – при дорожно-транспортном происшествии (ДТП) и 6 (3,1%) – на производстве. При ДТП 21 (10,7%) больных были пассажирами, 7 (3,5%) – пешеходами и 3 (1,5%) – падение с высоты роста отмечено у 127 (64,5%) пострадавших, падение с большой высоты – у 28 (14,2%), падение груза на спину – у 2 (1%) и прочий механизм травмы наблюдался у 9 (4,6%).

Больным проведено клинико-неврологическое обследование, рентгенография позвоночника, компьютерная томография (КТ), рентгеновская денситометрия (ДЭРА), 196 (98%) – веноспондилография (ВСГ), 55 (27,5%) – электронейромиография, 3 (1,5%) – миелография.

Переломы грудного отдела позвоночника диагностированы у 51 (25,9%) больных, поясничного – у 94 (47,7%), двух отделов – у 15 (7,6%) и двухуровневые переломы – у 37 (18,8%) пострадавших. Перелом одного позвонка наблюдались у 128 (65%) пострадавших, двух – у 45 (22,8%), трех – у 13 (6,6%), четырех – у 7 (3,6%), пяти – у 2 (1%) и шести – у 2 (1%) больных. Осложненные переломы позвоночника отмечены у 8 (4,1%), сочетанные с другими повреждениями – у 18 (9,1%) пострадавших.

ВП производилась костным цементом Verta Plex с использованием набора PCD фирмы Stryker (США). ВП одного позвонка выполнена 144 (72%) больным, двух – 40 (20%), трех – 12 (6%), четырех – одному (0,5%), пяти – 3 (1,5%) пострадавшим. При транспедикулярной фиксации (ТПФ) использовались конструкции НИТЕК (Новосибирск), ChM (Poland), XIA 2 (Stryker) и Medtronic (USA). Двум больным выполнена транспедикулярная пластика тела позвонка гранулами пористого никелида титана, изготовленные НИИ медицинских

материалов и имплантантов с памятью формы СФТИ при ТГУ (Томск), имеющие сертификат соответствия нормативным документам и разрешенные этической комиссией РГП на ПХВ НИИТО для использования в клинической практике. Операции произведена под ЕОР 77 (38,5%) больным и O arm – 123 (61,5%) пострадавшим.

Результаты и их обсуждение. По данным ДЭРА снижение минеральной плотности костной ткани до уровня остеопороза наблюдалось у 138 (70%) и остеопении – у 59 (30%) пострадавших. При стабильных компрессионных переломах позвоночника выполнялась ВП, при нестабильных переломах ВТФ и ВП.

O arm в отличие от ЕОР наряду с 2D изображениями позволяет получать и 3D снимки. 3D изображения дают полное представление о прохождении игл через корни дужек, состояние позвоночного канала и нахождение игл в теле позвонка. ВП, как правило, выполнялась с помощью двух игл. При O arm контроле проведения операций и корректном расположении игл на 2D снимках нередко на снимках в аксиальной проекции одна из игл проходила через просвет позвоночного канала. Итраоперационная клиническая диагностика прохождения иглы через позвоночный канал практически невозможна (по выраженности болевого синдрома) в связи с использованием местных анестетиков. Через иглу, проходящую через просвет позвоночного канала, костный цемент вводить нельзя, так как возможно истечение его в просвет позвоночного канала по штих-каналу иглы после её удаления. В этих случаях мы поступали двумя способами. Первый прием, через иглу, проходящую через просвет позвоночного канала, не вводили костный цемент; иглу при этом удаляли не сразу, как диагностирована её мальпозиция, а после завершения ВП через корректно расположенную иглу, выждав дополнительное время для полимеризации цемента. Второй прием, в иглу вводилась спица и вместе со спицей игла вынималась из тела позвонка и корня дужки до начальной точки её расположения в корне дужки, если она изначально была правильно установлена, изменяли угол введения иглы и проводили её, минуя позвоночный канал через корень дужки в тело позвонка. Через переустановленную иглу вводился костный цемент.

При проведении операций под O arm у нас не наблюдались клинически значимых осложнений, при выполнении операций под ЕОР было отмечено одно (1,3%) клинически значимое осложнение. Клинически незначимые осложнения: истечение цемента за пределы тела позвонка, в вены и смежные диски наблюдались при операциях под O arm у 37 (30%) больных, при операциях под ЕОР - у 19 (24,7%) пострадавших. Различия в частоте клинически незначимых осложнений при выполнении операций под O arm и ЕОР статистически недостоверно ($p > 0,05$).

Заключение. Клинически незначимые осложнения ВП одинаково часто наблюдаются при выполнении операций, как при использовании ЕОР, так и применении O arm. 2D изображения не дают 100% уверенности в корректном расположении игл при выполнении ВП.

РЕЗЮМЕ

ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЕОР И ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО КОМПЬЮТЕРНОГО ТОМОГРАФА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

**Х. Мухаметжанов, Д.Ж. Мухаметжанов, Б.М. Карибаев, Б.Ж. Мухаметжанов,
О.С. Бекарисов, С.Х. Мухаметжанов, Булекбаева Ш.А., Кусаинова К.К.**

РГП на ПХВ НИИТО, РК, Астана

**ФГУ НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАН, Россия, Москва
КФ «УМС» Национальный центр детской реабилитации**

Авторы анализируют результаты лечения больных с травмой грудно-поясничного отдела позвоночника своей оригинальной методикой транспедикулярной пластики тела позвонка гранулами пористого никелида титана в условиях транспедикулярной фиксации. Делается вывод о возможности использованного метода хирургического лечения повреждений позвоночника разработанным способом. Транспедикулярная пластика тела позвонка показана больным с переломами типа А2, А2, В2 (по классификации АОЛ), а также больным старшего и пожилого возраста с остеопоротическими переломами позвоночника, у которых из-за сопутствующих заболеваний, снижена толерантность к травматичным оперативным вмешательствам.

SUMMARY

VERTEBROPLASTIC OF DAMAGED VERTEBRAL BODY IN SPINE DAMAGE SURGERY.

**Republican State Enterprise on the PVC "SRITO" RK, Astana.
Federal State Institution Research Institute of Neurosurgery named after
Academician NN Burdenko, Russia, Moscow.**

Corporate Fund «УМС», RK, Astana

**H. Muhametzhanov, D.Zh. Muhametzhanov, B.M. Karibaev,
B.Zh. Muhametzhanov, O.S. Bekarisov, S.H. Muhametzhanov,
Bulekbaeva Sh., Kussainova K.**

The authors analyze the results of treatment of patients with injuries of the thoracolumbar spine with its original method of vertebral body transpedicular plastic with porous NiTi granules in the condition of transpedicular fixation. The conclusion about the possibility to use the method of surgical treatment of spine injuries with developed method is in process. Transpedicular plastic of vertebral body is recommended in patients with type A2 fractures, A2, B2, as well as older patients and elderly with osteoporotic vertebral fractures, in which due to concomitant diseases the tolerance to traumatic surgical intervention is decreased.

БИЗНЕС ПРОЦЕСС И СТРУКТУРА КОЕЧНОГО ФОНДА ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА, НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕГРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ГКП НА ПХВ «ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР» МАНГИСТАУСКОЙ ОБЛАСТИ)

Ж.А. Жаманбаева, Вощенкова Т.А.

**ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр» Мангистауской области,
АО «Национальный научный центр материнства и детства»,
г. Астана**

Ключевые слова: коечный фонд, конкурентоспособность, бизнес процесс, перинатальные услуги, пациентоориентированность, стратегия развития.

Введение. В настоящее время в здравоохранении Казахстана уже сформировались рыночные отношения. Учитывая, что сфера прибыльности медицинской деятельности находится прежде всего в области управления ресурсами, управление эффективностью коечного фонда госпитального предприятия приобретает особое значение для его конкурентоспособности.

Особенностями перинатальной службы Мангистауской области является наличие двух проблем: растущий спрос на перинатальные услуги и невозможность наращивания коечной мощности из-за объективных причин (дефицит площадей, специалистов, жесткие ограничения санитарных норм и правил к объектам родовспоможения, географические особенности, пр.). Поэтому важным результатом представленной работы являются данные о возможности решения этих проблем через интенсификацию имеющегося коечного фонда предприятия, несущего не только экономическую, но и особую социальную ответственность за жизнь матери и ребенка на высшем для области уровне перинатальной помощи.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможностей решения экономических интересов предприятия за счет управления коечным фондом областного перинатального центра на примере государственного коммунального предприятия на праве хозяйственного ведения «Областной перинатальный центр Мангистауской области, г. Актау (далее – Центр).

Новизна исследования: впервые рассмотрены возможности управления коечным фондом областного перинатального центра для получения прибыли при отсутствии возможностей экстенсивного развития его ресурсов.

Практическая значимость: предложены конкретные рекомендации, позволяющие управлять эффективностью коечного фонда Центра с учетом бизнес-планирования.

Материалы исследования и их обсуждение. Исследование проводилось в период 2011-2016 годы, прежде всего была определена значимость управления коечным фондом для обеспечения конкурентоспособности предприятия. Были использованы вторичные внешние и внутренние маркетинговые технологии, которые позволили дать оценку имеющейся ситуации.

Население Мангистауской области - самое малочисленное в Казахстане – это преимущественно сельские жители репродуктивного возраста, обеспечивающие

самый высокий уровень рождаемости в стране, при этом имеющие ограниченный доступ к перинатальной помощи из-за ее недостаточной сети и низкой плотности проживания:

- рождаемость, являясь самой высокой среди других регионов страны, составляет 31,28 против 22,69 на 1000 населения по РК;
- население возрасте до 44 лет составляет 80,2% от всего населения;
- удельный вес сельских жителей составляет преимущество: 51,3% против 43,2% по РК;
- плотность проживания населения составляет 2,3 человека на кв км против 6,51 по стране;
- радиус предоставления специализированной медицинской помощи достигает 600 км;
- обеспеченность акушерами-гинекологами снижается, являясь самой низкой среди других регионов страны, составляет 7,3 на 1000 родившихся против 12,1 по РК;
- обеспеченность койками для беременных, рожениц и родильниц (включая патологию беременных) снижается, являясь самой низкой среди других регионов страны, составляет 21,9 на 1000 родившихся живыми против 30,1 по РК;

В 2011 году Центр был переведен из статуса казенного государственного коммунального предприятия в статус государственного коммунального предприятия на праве хозяйственного ведения, следовательно, появилась не только ответственность за обеспечение своевременной и качественной перинатальной помощи, но и необходимость самостоятельно решать проблему финансовой устойчивости предприятия. Объемы перинатальной помощи в тот период для Центра сложились на уровне более 14 тысяч пациентов, в том числе около 8 тысяч родов и свыше 3 тысяч операций. Этот объем, предполагающий занятость в году не менее 400 коек, должен был быть обеспечен в условиях нормативных 230 коек, обязанных соответствовать санитарным правилам и нормам.

Проведенные внешние и внутренние маркетинговые исследования, исходя из необходимости с одной стороны, обеспечить растущий спрос на перинатальные услуги со стороны населения, с другой – обеспечить необходимый уровень рентабельности доходов предприятия, позволили сформировать стратегию развития предприятия, предусматривающую системные меры по следующим направлениям: финансовая устойчивость, пациентоориентированность, совершенствование внутренних процессов роста и развитие персонала.

Были определены ключевые показатели результативности, вошедшие в бизнес план Центра на период 2011-2016 г.г., их оценка проводилась и обсуждалась каждый месяц на общих собраниях (таблица 1).

Таблица 1 – Ключевые показатели бизнес план Центра на 2011- 2016 г.г.

показатели	факт 2011 г.	план 2016 г.	Задачи
Финансовая устойчивость, цель: конкурентоспособность			
доходы	794,7 млн тенге	1 300 млн тенге	обеспечить прибыльность деятельности

рентабельность доходов	0	1,0	обеспечить финансовую устойчивость
Пациентоориентированность, цель: управление потоками пациентов			
работа койки	400,2	320	обеспечить комфортность пребывания в Центре
Оборот койки	49,0	60,0	обеспечить стабильную потребность в услугах Центра
Удельный вес пациентов с ВК более 1,0	20%	35%	сформировать систему обоюдного выигрыша (франчайзинг) для партнерских медицинских организаций
Удельный вес ВТМУ	0,04	1,0	перераспределить поток пациентов из республиканских предприятий
Совершенствование внутренних процессов, цель: интенсификация производственной деятельности			
Длительность среднего пребывания	8,2	5,5	внедрять интенсивные медицинские технологии
Рост и развитие персонала, цель: вовлеченность персонала			
Удельный вес дифференцированной части заработной платы	0%	20%	мотивировать персонал на качественный и интенсивный труд
Текучесть кадров	18%	14%	сделать персонал приверженным деятельности Центра

Особенностью данного бизнес плана явилось небольшое число мониторируемых на уровне топ-менеджеров показателей, что позволило руководству Центра сконцентрироваться на стратегических задачах, и линейным менеджерам – на выстраивании процессов для достижения стратегических показателей.

В рамках пациентоориентированности необходимо было перераспределить потоки пациентов выгодно для Центра и оптимально для области. Была создана система франчайзинга, которая позволила сформировать взаимовыгодные условия с другими медицинскими организациями, работающими на рынке медицинских услуг области. Кроме того, были освоены новые услуги по грифом «впервые в Мангистауской области» (лапароскопические операции, неонатальная хирургия).

В рамках совершенствования внутренних процессов основополагающим

было активное внедрение интенсивных технологий, наиболее эффективных и востребованных на уровне Центра: стационарозамещающие технологии, малоинвазивные хирургические технологии, технологии эффективного перинатального ухода, высокотехнологичные медицинские услуги (далее - ВТМУ). Для мотивации персонала было принято решение о направлении прибыли прежде всего на формирование и увеличение дифференцированной части в заработной плате персонала. Кроме того, были разработаны индивидуальные планы развития, позволяющие каждому сотруднику планировать и приобретать новые компетенции. Рост заработной платы, профессиональный рост, инновационность способствовали росту значимости бренда Центра, соответственно, росту вовлеченности персонала в его продвижение и снижению текучести кадров.

По мере роста эффективности принимаемых мер в 2012 году были внесены первые, а затем и последующие изменения в структуру коечного фонда (таблица 2).

Таблица 2- Работа коек Центра в ходе реализации Проекта (2011-2016 г.г.)

Отделения	Кол-во коек	Показатели	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Всего	230	Работа коек	400,2	399,4	350,3	354,7	341,8	341,0
		Оборот	49,0	56,1	54,5	55,0	59,7	60,0
		СДПК*	8,2	7,1	6,4	6,4	5,7	5,5
Послеродовое отделение	100	Работа коек	468,6	365,4	367,4	363,8	354,2	348,8
		Оборот	71,7	76,7	71,0	61,6	74,9	75,2
		СДПК*	6,6	4,7	4,5	4,3	4,2	4,0
Отделение патологии беременных	50	Работа коек	388,3	457,2	404,3	407,6	396,0	390,9
		Оборот	31,9	31,8	34,0	35,4	37,0	38,0
		СДПК*	12,2	14,3	12,5	12,9	10,6	10,5
Гинекологическое отделение	35	Работа коек	351,9	354,1	350,8	349,8	341,7	338,9
		Оборот	41,2	48,7	61,4	66,5	66,2	67,0
		СДПК*	8,5	8,0	7,7	7,5	5,9	5,4
Отделение оперативной и реконструктивной гинекологии	15	Работа коек	Открыто в 2012 году	75,2	201,8	204,7	179,9	224,5
		Оборот		17,5	51,0	54,8	56,8	56,9
		СДПК*		4,2	4,0	3,7	3,3	3,3
Отделение 2 этапа выхаживания новорожденных	30	Работа коек	213,9	319,9	323,6	328,4	327,9	329,9
		Оборот	24,5	31,6	32,0	32,1	32,4	34,0
		СДПК*	8,7	9,8	10,1	11,5	14,1	14,3
Дневной стационар	20	Работа коек	Открыто в 2012 году	435,3	535,6	576,0	587,6	599,2
		Оборот		40,0	61,8	63,8	73,5	74,2
		СДПК*		9,23	13,4	13,7	7,1	6,9

СДПК* – средняя длительность пребывания на койке

Таким образом, принципиальной позицией в управлении коечным фондом в Центре явилось то, что изменение числа коек и структуры коечного фонда осуществлялось только по мере становления в клинической практике интенсивных медицинских технологий и перераспределения более «легких» (с весовым коэффициентом менее 1,0) и менее технологичных пациентов (не требующих применения высокотехнологичных медицинских услуг) на нижестоящие уровни перинатальной помощи, то есть по мере уменьшения сверхнормативной нагрузки на действующий коечный фонд. При этом, благодаря активному внедрению высокотехнологичных услуг, параллельно шел процесс перераспределения пациентов из республиканских клиник в Центр.

Корректировка бизнес-плана Центра, исходя из полученных данных, и реализация мероприятий по его выполнению позволила достичь большинства плановых показателей даже в условиях неустойчивой экономической ситуации в стране.

Заключение. Таким образом, результатом проведенной в 2011-2016 гг. работы явилось конкурентоспособное предприятие (устойчивый рост рентабельности доходов с 0% в 2011 году до 0,95% в 2016 году), удовлетворяющее потребности населения Мангистауской области в перинатальных услугах третьего уровня регионализации (стабильное снижение показателей материнской и перинатальной смертности в области).

Ориентация на более сложных пациентов, нуждающихся в перинатальных услугах третьего уровня регионализации (рост удельного веса пациентов с весовым коэффициентом более 1,0 ВК с 20% в 2011 году до 30,7% в 2016 году), позволила занять лидерскую позицию для данного сегмента рынка и вовлечь в трансферт подготовки к госпитализации таких пациентов на взаимовыгодных условиях региональные медицинские организации, разделив с ними часть неизбежных затрат благодаря выстроенной системе франчайзинга.

Развитие эффективных медицинских технологий (эффективный перинатальный уход, стационарозамещающие технологии, малоинвазивные хирургические технологии) позволили уйти от сверхнормативной нагрузки действующего коечного фонда (снижение работы коек с 400,2 дней в 2011 году до 341 дней в 2016 году), дав возможность развитию ВТМУ (рост их удельного веса с 0,04% в 2011 году до 0,91% в 2016 году).

Вовлеченность персонала в работу предприятия благодаря материальной (перераспределение прибыли на дифференцированную часть заработной платы, 0% в 2011 году и более 20% в 2016 году), корпоративной (работа в престижном предприятии Мангистауской области) и имиджевой (новые возможности для приобретения профессиональных компетенций благодаря внедрению новых технологий) заинтересованности.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило возможность эффективного управления коечным фондом областного перинатального центра для получения прибыли при отсутствии возможностей экстенсивного развития его ресурсов.

Рекомендации. Необходимо понимать, что управление эффективностью коечного фонда и бизнес планирование являются частью единой стратегии

предприятия, объединяющей финансовую устойчивость предприятия, его пациентоориентированность, совершенство внутренних процессов, а также рост и развитие персонала. Поэтому разработка такой стратегии и ее последовательная реализация – важное условие успешности медицинского предприятия, работающего на рынке медицинских услуг Казахстана.

Список литературы

1. Грант Р. Современный стратегический анализ. 7-е изд.-СПб.- Питер, 2012. – 544 с.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010-2015 годах (статистический сборник Астана 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 г.г.)
4. Каплан Р., Нортон Д. Организация, ориентированная на стратегию: пер. с англ. М. Павловой. – М.: ЗАО «Олимп-Бизнес», 2010. – 412 с.
5. Разливинских А.Л. Организационно-экономический механизм управления стационарной медицинской помощью: Дис.канд.экон.наук: 08.00.05: Кисловодск, 2003 171 с. РГБ ОД, 61:04-8/1299.

РЕЗЮМЕ

БИЗНЕС ПРОЦЕСС И СТРУКТУРА КОЕЧНОГО ФОНДА ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА, НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕГРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ГКП НА ПХВ «ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР» МАНГИСТАУСКОЙ ОБЛАСТИ)

Ж.А. Жаманбаева, Вощенкова Т.А.

**ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр» Мангистауской области,
АО «Национальный научный центр материнства и детства»,
г. Астана**

В статье представлены результаты исследования подходов к расчету потребности коек и их структуры для областного перинатального центра, работающего на рынке медицинских услуг. Впервые рассмотрены возможности управления коечным фондом с учетом, с одной стороны, бизнес процесса предприятия, с другой – особой социальной значимости объемов и качества перинатальных услуг в регионе с высоким уровнем рождаемости.

В ходе исследования использовались статистический и аналитический методы по данным официальной статистики Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан и государственного коммунального предприятия на праве хозяйственного ведения «Областной перинатальный центр» Мангистауской области в период 2011-2016 годы. Проведенные исследования

подтвердили возможность управления интенсивностью ограниченных возможностей коечного фонда предприятия в условиях роста потребности населения в перинатальных услугах. Возможности такого управления значительно больше, если его реализация проходит в рамках единой стратегии развития предприятия, объединяющей бизнес процесс с совершенствованием внутренних процессов, пациентоориентированностью, а также с ростом и развитием персонала, мотивированного на достижение общих целей предприятия.

ТҮЙІНДЕМЕ

ОБЛЫСТЫҚ ПЕРИНАТАЛДЫҚ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ БИЗНЕС ПРОЦЕССИ ЖӘНЕ ҚҰРЫЛЫМЫ, ИНТЕГРАЦИЯНЫҢ КЕЙБІР МҮМКІНДІКТЕРІ (МАҢҒЫСТАУ ОБЛЫСЫНДАҒЫ «ОБЛЫСТЫҚ ПЕРИНАТАЛ ОРТАЛЫҒЫ» МҚК ШЖК МЫСАЛЫ РЕТІНДЕ)

Жаманбаева Ж.А., Вощенкова Т. А.

Маңғыстау облысындағы «Облыстық перинаталдық орталығы» МҚК «Ана мен Бала Ұлттық Ғылыми Орталығы»

Мақалада медициналық қызметтер көрсететін облыстық перинаталдық орталығы үшін кереуеттердің қажеттілігін есептеу тәсілдерімен зерттеу нәтижелері және олардың құрылымы таныстырылған. Бір жағынан, кәсіпорынның бизнес процесі арқылы, кереуеттік қорды басқару мүмкіндігі, екінші жағынан бала туылуы жоғары деңгейлі аймақта перинаталдық қызметтердің ерекше әлеуметтік мәнді көлемін есептеумен және сапасы алғаш рет қаралған.

Статистикалық зерттеу барысында Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің ресми статистикасының деректеріне және Маңғыстау облысындағы «Облыстық перинаталдық орталығы» шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік коммуналдық кәсіпорының 2011-2016 жылдар аралығындағы талдау әдісі пайдаланды. Өткізілген зерттеулер арқылы перинаталдық қызметтеріндегі халықтың қажеттілігінің өсу шарттарындағы, кереуеттік қорының мүмкіндіктері шектеулі кезеңінде, кәсіпорынның әлеуметтік дамуы және қарқындылықтың басқару мүмкіндігі расталды. Егер кәсіпорында біртұтас даму стратегиясының шеңберінде осындай басқару жүргізілсе, пациенттерге бағытталған (пациентоориентированность) ішкі процестердің жетілдіру мен бизнес процесі біріктіретін басқарудың мүмкіндігі едәуір зор, сонымен қатар, кәсіпорынның жалпы мақсаттарға жету үшін қызметкерлердің өсуі мен дамуы жүзеге асады.

Маңызды сөздер: кереуеттік қор, бәсекеге қабілеттілік, бизнес процесс, перинаталдық қызметтер, пациенттерге бағытталу (пациентоориентированность), даму стратегиясы.

SUMMARY

BUSINESS PROCESSES AND STRUCTURE OF THE BEDS CAPACITY OF THE PERINATAL CENTER: SOME POSSIBILITIES FOR INTEGRATION (ON EXAMPLE OF RBM «REGIONAL PERINATAL CENTER» OF THE MANGISTAY REGION)

Zhamanbayeva Zh.A., Voshenkova T. A.

**«Regional perinatal center» of the Mangistay region
CEO of JSC « National Scientific Center of Maternal and Child Health»**

The article presents the results of a study the hospital business management in calculating the beds capacity and the structure for the regional perinatal center. For the first time we considered the possibility of management bed capacity with consideration, from the one hand, as the business process, from the other hand – as the special social significance of the volume and quality of perinatal services in the region with the highest birth rates.

The study used statistical and analytical research methods using data from the annual report of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan and STE on RBM «Regional perinatal center» of the Mangistay region in the period 2011-2016 years. The study has confirmed the ability to control the efficacy of the limited capacity of hospital beds fund in organization with the right of economic management in the conditions of unmet needs of the population in the perinatal service. The possibilities of such control is much greater if the implementation takes place in the framework of a unified strategy for development of the company, which unites business process with the improvement of internal processes, patient oriented management, as well as the growth and development of human resources aimed to achieve common business goals.

УДК: 616.831-005.1-053.2

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ У ДЕТЕЙ, СОЧЕТАННЫЕ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МОЗГА

**Булекбаева Ш.Э., Алтынбекова А.Т., Байдарбекова А.К.
Филиал Корпоративного Фонда «УМС» «Национальный
Центр детской реабилитации» г. Астана**

Ключевые слова: внутрижелудочковые кровоизлияния, перинатальная патология, последствия внутрижелудочковых кровоизлияний.

Введение

Внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) перинатального периода, согласно классификации поражений центральной нервной системы (ЦНС) у новорожденных, относятся к внутричерепным кровоизлияниям гипоксического генеза и внутричерепной родовой травме и занимают одно из ведущих мест в структуре перинатальной детской патологии и смертности [1]. Несмотря на большое количество работ, посвященных проблеме ВЖК у новорожденных, данный вопрос остается актуальным [2, 3]. Важной причиной значимости изучаемой темы служит интенсивное развитие новых медицинских технологий, направленных на выхаживание новорожденных "высокого риска". Следует подчеркнуть, что выхаживание младенцев с 4 степенью недоношенности, экстремально низкой массой тела, в наши дни уже не является редкостью. На фоне прогрессирующего увеличения числа недоношенных младенцев происходит повышение значимости некоторых патологических состояний, свойственных данной группе пациентов [4, 5]. Вышесказанное напрямую относится к ВЖК, частота которых остается высокой и состоит в обратно пропорциональной зависимости от гестационного возраста новорожденного [5]. Согласно данным Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины от 2014 года частота развития ВЖК у недоношенных новорожденных составляет от 60 до 90% случаев. По результатам исследования в США заболеваемость ВЖК среди недоношенных детей на данный момент составляет от 20% до 45%. [6]. Важность изучения ВЖК связана с большим влиянием данной патологии как на показатель неонатальной летальности, так и на качество жизни недоношенных детей, о чем свидетельствует высокая инвалидизация среди этой группы пациентов [3, 7]. Однако, к сожалению, проблема ВЖК играет немаловажную роль в развитии неврологических расстройств и у доношенных новорожденных с перинатальной патологией. Изолированные ВЖК 1 и 2 степени тяжести, перенесенные доношенными новорожденными в перинатальном периоде, сопровождаются формированием транзиторных постгипоксически-геморрагических поражений ЦНС, что приводит к развитию гипертензивно-гидроцефального синдрома у детей первого года жизни и синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей второго года жизни [8]. Исходами ВЖК у детей различного гестационного возраста являются: задержки психического

развития и задержки развития речи, а также их сочетание, детский церебральный паралич, тугоухость, а также нарушения зрения [9]. Несмотря на большое число работ, посвященных проблеме ВЖК у детей, в литературе отсутствуют сведения об особенностях ВЖК, сочетанных с другими сферами мозга, о реабилитационном потенциале и реабилитационном прогнозе у детей различного возраста, перенесших ВЖК в перинатальном периоде, что объясняет актуальность изучаемой темы.

Цель исследования - изучить особенности этиопатогенеза внутрижелудочковых кровоизлияний, сочетанных с поражениями других структур мозга, в структуре перинатальных поражений ЦНС.

Задачи исследования

1. Выявить особенности внутрижелудочковых кровоизлияний, сочетанных с поражениями других структур мозга, в сравнении с перинатальными поражениями ЦНС без ВЖК: определить характерные сферы поражения мозга, сравнить гестационный возраст пациентов и особенности патологии беременности.

2. Определить и сравнить этиопатогенетические факторы и тяжесть развившихся последствий изучаемых кровоизлияний с перинатальными поражениями мозга без ВЖК.

Материалы и методы исследования

Материалом исследования явились 161 детей различных возрастных групп от 0 до 7 лет (включительно) с перинатальными поражениями ЦНС в анамнезе, находящиеся на реабилитационном лечении в Национальном центре детской реабилитации. В работе рассматривались следующие группы исследования: группа 1 (основная: n=82, 50,9%) – пациенты с ВЖК перинатального периода в анамнезе; группа 2 (сравнения n=79, 48,8%) – пациенты с перинатальной патологией ЦНС в анамнезе, за исключением ВЖК. В обеих группах преобладали мальчики: в группе 1 соотношение мальчиков и девочек составило 57/43, в группе 2 – 54/46 (табл. 1).

Характеристики обеих групп по полу и возрасту на момент осмотра представлены в табл. 1.

Показатель	Группа 1 (дети с ВЖК)	Группа 2 (дети без ВЖК)
пол м/ж (соотношение)	57/43	54/46
возраст*	5/5 (4;6)	4.6/5 (4;5)

Таблица 1. Характеристики групп (*при описании данных использовался следующий формат -- среднее/медиана (нижний; верхний квартили). Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов (амбулаторные карты, выписки из родильного дома и неврологических отделений стационаров) с изучением характеристик акушерского анамнеза, данных неврологического осмотра, дополнительных методов исследования. В ходе работы все пациенты (группа 1 и группа 2) были разделены и изучены по следующим подгруппам различных вариаций: 1 – с поражениями ствола мозга в различных вариациях, 2 – коры, 3 – перивентрикулярной зоны и 4 – с подкорковыми ядрами (далее в

диаграммах соответствуют столбцам диаграмм). Пораженные сферы мозга выявлялись на основании данных неврологического осмотра наряду с результатами исследований мозга (нейросонографии, томограмм мозга). В каждой из перечисленных подгрупп нами были определены особенности этиопатогенеза развития ВЖК. Для выявления этиологических факторов развития ВЖК у детей в разделенных нами подгруппах мы изучили и сравнили следующие данные: наличие в анамнезе фактора асфиксии (низкие показатели шкалы Апгар при рождении), наличие в анамнезе у ребенка интранатальной травмы головы, наличие в анализах ребенка положительных тестов на внутриутробную инфекцию (ВУИ), наличие в акушерском анамнезе указаний на перенесенную матерью во время беременности острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ), наличие в анамнезе ребенка перенесенной в перинатальном периоде патологической желтухи с высокими цифрами непрямого билирубина. Для определения степеней тяжести развившихся у детей последствий мы использовали понятие реабилитационного потенциала (РП). Все полученные результаты были сравнены между собой, обсуждены и сделаны выводы по проделанной работе. При описании использовались следующие обозначения подгрупп: <номер группы>. <номер подгруппы>. При описании данных использовался следующий формат: для нормально распределенных величин – среднее \pm среднеквадратичное отклонение, для остальных – среднее/медиана (нижний; верхний квартили). Оценка нормальности распределения проводилась с помощью критерия Шапиро-Уилка. Для сравнения групп использовался критерий Уэлша (для нормально распределенных величин) и критерий Манна-Уитни в остальных случаях. При проведении множественных сравнений использовалась поправка Холма. Для минимизации сравниваемых показателей по группам проводилось выделение значимых факторов и факторов с сомнительной значимостью с помощью алгоритма Boruta [10], построенного на основании алгоритма построения деревьев классификации Random Forrest. Расчеты проводились с использованием программного обеспечения R версия 3.3.1 (пакет Boruta).

Результаты исследования и их обсуждение

После разделения материала по сферам поражения мозга нами было установлено, что поражения перивентрикулярной области преобладали в группе 2 (61% против 37%, $p=0,01$). Численность поражений других областей мозга в обеих группах статистически значимо не различалось.

Полученные результаты о вовлеченности в патологический процесс тех или иных структур мозга в группах детей с ВЖК и без такового мы связываем с особенностями развития ВЖК: возможно, как с наличием схожих этиопатогенетических факторов развития ВЖК и пораженной структурой и/или совпадением времени возникновения патологии, так и с осложнениями непосредственно ВЖК, в связи с чем изучили этиопатогенез ВЖК и сравнили время возникновения УПБ во время беременности. Недоношенность в группе 1 достоверно превышала недоношенность детей 2 группы с 63,4% против 44,3% ($p=0,035$) (табл.1). Недоношенность преобладала в гестационные сроки до 34 недель (табл.2).

Сроки гестации /группы	7-28 нед.	29-31 нед.	32-34 нед.	35-37 нед.	38-42 нед.
Группа 1 (n=82)	11/82 (13,4%)	13/82 (15,8%)	19/82 (23,2%)	9/82 (11,0%)	30/82 (36,6%)
Группа 2 (n=79)	6/79 (7,6%)	3/79 (3,8%)	13/79 (16,45%)	13/79 (16,45%)	44/79 (55,7%)

Таблица 2. Гестационный возраст детей в группах исследования

Анализ по подгруппам выявил, что преобладание данного гестационного возраста превалировало в подгруппе с поражением перивентрикулярной зоны ($p=0,04$) (рис.1).

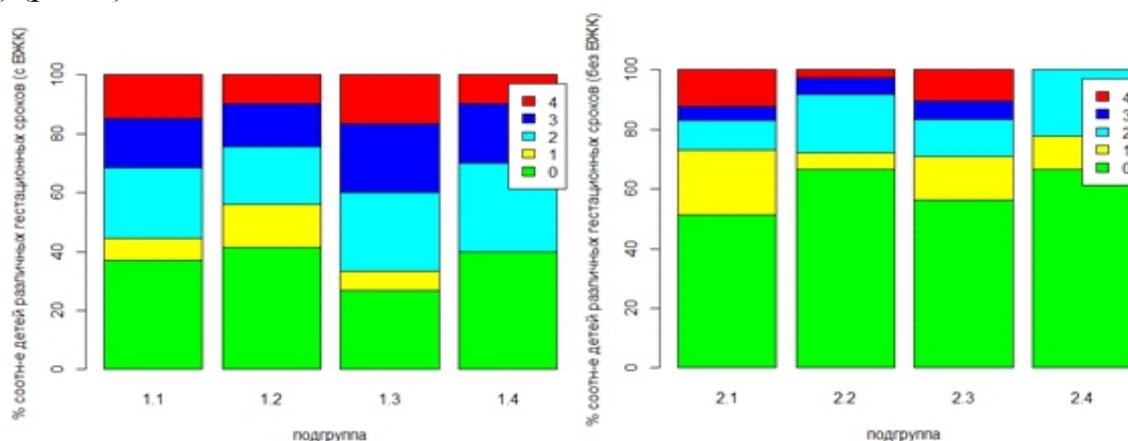


Рис. 1. Процентное соотношение различных сроков гестации

*(0- 38-42 нед., 1-до 28 нед., 2-29-31 нед, 3- 32-34 нед., 4-35-37нед.) в группах детей с ВЖК (диаграмма слева) и без ВЖК (диаграмма справа)

Полученные тенденции о раннем гестационном возрасте детей в группе детей с ВЖК коррелируют с известными данными о том, что ВЖК часто исходят из герменативного матрикса, наибольшая активность которого наблюдается между 24 и 32 неделями внутриутробного развития. С 24 недели герминативный матрикс подвергается постепенной инволюции и исчезает к моменту 40 недель гестации, что и обуславливает частое возникновение ВЖК гипоксического генеза у недоношенных детей [10].

При сравнении распределения патологических факторов развития поражений той или иной сферы мозга в группах детей с ВЖК и без ВЖК: статистически значимых различий действия асфиксии, травмы и токсического действия билирубина в группах выявлено не было, что характеризует их равнозначную важность в генезе развития как ВЖК, так и вышеописанных структур. В ходе исследования, нами было определено превышение числа факторов инфекции: ОРВИ и ВУИ при поражениях перивентрикулярной зоны в группе детей с ВЖК (40,0% и 40,0% соответственно против 27,0% и 17,0% - $p= 0,03$ (рис.2). Полученные результаты мы связываем с большей тропностью данной структуры, наряду с

желудочковой системой мозга к действию ланных инфекций [11].

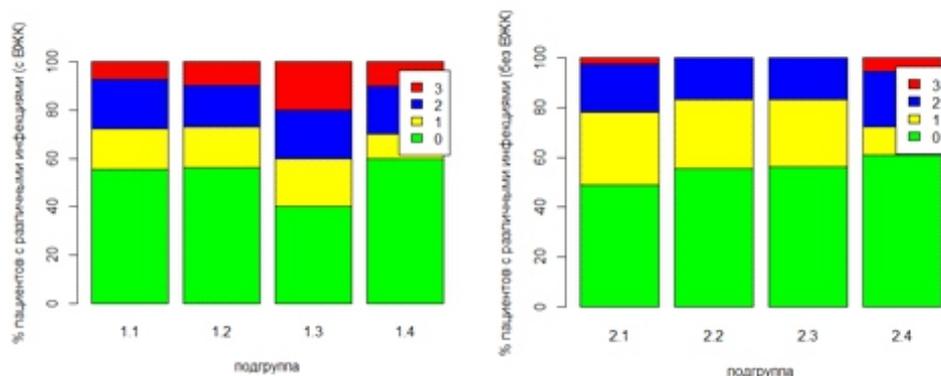


Рисунок 2. Фактор инфекции в подгруппах группах у больных в группах детей с ВЖК (диаграмма слева) и без ВЖК (диаграмма справа).

*На графиках цифрами приведено количество пациентов в каждой подгруппе (0-не было, 1- перенесенное матерью ОРВИ, 2- ВУИ, 3- сочетание ОРВИ и ВУИ).

При анализе средних показателей ПВ по группам в целом нами были выявлены более высокие показатели в группе детей без ВЖК $56,5 \pm 18,7\%$ ($p=0,001$), чем в группе с ВЖК $46,1 \pm 16,4\%$ (рис.3).

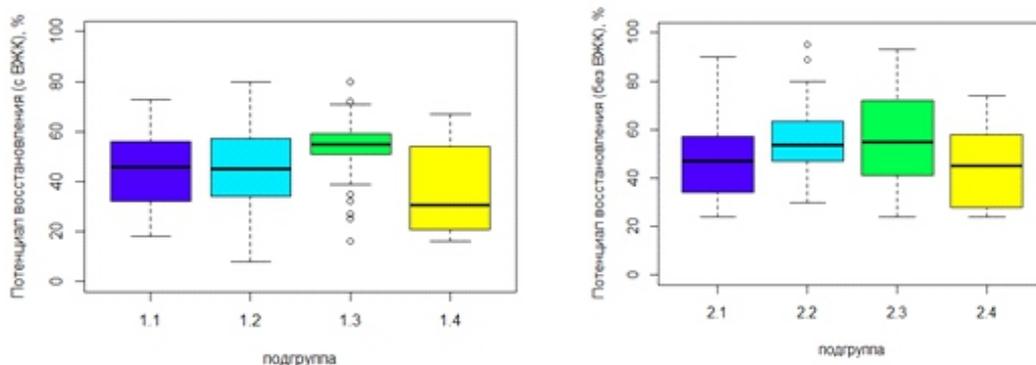


Рис.3. Диаграммы размаха РП для различных подгрупп.

*На диаграмме представлены медиана, интерквартильный размах, наибольшее/наименьшее выборочное значение, находящееся в пределах расстояния 1.5 значения интерквартильного размаха и выбросы

Вывод

Нами было выявлено статистически значимое превалирование недоношенности у детей с перинатальными поражениями ЦНС с ВЖК: при данных поражениях преобладали малые гестационные сроки детей при рождении - до 32 недель, особенно в подгруппе поражений перивентрикулярной области. При сравнении распределения патологических факторов развития нами было определено превышение числа факторов действия ОРВИ и ВУИ при поражениях перивентрикулярной зоны в группе детей с ВЖК. Было доказано, что последствия ВЖК по показателям ПВ достоверно менее благоприятные в сравнении с поражениями мозга без ВЖК.

Список цитируемой литературы

1. Классификация перинатальных поражений нервной системы у новорожденных: метод. рекомен. / ред. А. А. Баранова. - Москва: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. - 40 с.

2. Володин Н.Н. Внутрижелудочковые кровоизлияния, постгеморрагическая гидроцефалия у новорожденных детей, принципы оказания медицинской помощи : клин. рекомен. / Н. Н. Володина, С. К. Горелышев, В. Е. Попов. – Москва: Династия, 2014. -7с. Tsai A.J.

3. Lasky R.E., John S.D. Predictors of neurodevelopmental outcomes in preterm infants with intraparenchymal hemorrhage // J. Perinatol. 2014. № 20. P. 224

4. Панкратова И.В. Внутрижелудочковые кровоизлияния тяжелой степени у новорожденных [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук (14.00.13, 14.00.28) / Панкратова Инна Владимировна; СПб. Мед. акад. последип. обр. Мин. Здрав. РФ. – СПб, 2004.- 30 с. Volpe

5. J.J. Neurology of the newborn // Saunders. 2001. № 12. P. 87 - 103.

6. Wilson-Costello D., Friedman H., Minich N., Improved survival rates with increased neurodevelopmental disability for extremely low birth weight infants in the 1990s // Pediatrics. 2015. №115. P. 997–1003.

7. Петрухин А.С. Детская неврология. Том 2 [Текст] / А.С. Петрухин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 63, 66 с.

8. Хромова С.В. Состояние центральной нервной системы и церебральная гемодинамика у доношенных детей первых двух лет жизни, перенесших внутрижелудочковые кровоизлияния [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук (14.00.13) / Хромова Светлана Константиновна; Иванов. Гос. Мед. Акад. Мин. Здрав. РФ. – Иваново, 2004. - 25 с. de Vries L.S.

9. Brouwer A. J., Groenendaal F. Posthaemorrhagic ventricular dilatation: when should we intervene? // Arch Dis. Child. Fetal. Neonatal. Ed. 2013. №98 (4). P. 424-426. Ballabh

10. P. Intraventricular Hemorrhage in Premature Infants: Mechanism of Disease // Pediatr Res. Jan 2010. N67(1).P.18.

11. Цинзерлинг В.А. Перинатальные инфекции [Текст] / В. А. Цинзерлинг, В.Ф. Мельникова.— СПб.: Элби СПб., 2002. — 351 с.

РЕЗЮМЕ

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ У ДЕТЕЙ, СОЧЕТАННЫЕ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МОЗГА

**Булекбаева Ш.А., Алтынбекова А.Т., Байдарбекова А.К.
Филиал Корпоративного Фонда «УМС» «Национальный
Центр детской реабилитации» г. Астана**

В данной статье рассматриваются особенности этиопатогенеза внутрижелудочковых кровоизлияний перинатального периода, сочетанных с мультифокальными поражениями мозга. Материалом исследования явились дети от одного до семи лет с перинатальными поражениями головного мозга в анамнезе, находящиеся на реабилитационном лечении в специализированном детском

реабилитационном центре. В результате исследования были изучены структуры головного мозга, вовлеченные в патологический процесс в перинатальном периоде развития детей, и было выявлено, что внутрижелудочковые кровоизлияния характеризуются более ранним гестационным возрастом детей при рождении (до 32 недель гестации) и приводят к более тяжелым последствиям.

ТҮЙІНДЕМЕ

МУЛЬТИФОКАЛДЫҚ МИ ЗАҚЫМДАНУЫ БАР АРАЛАС БАЛАЛАРДЫҢ ПЕРИНАТАЛДЫҚ МИДЫҢ ҚАРЫНША ІШІЛІК ҚАН ҚҰЙЫЛУЫ

Булесбаева Ш.Ә., Алтынбекова А.Т., Байдарбекова А.К.

**"УМС" Корпоративтік қорының Балаларды оңалтудың ұлттық орталығы
филиалы г. Астана**

Бұл мақалада перинаталдық кезінде қарынша ішілік қан құйылуы этиопатогенезі, аралас мультифокалдық ми зақымдануы ерекшегі қарастырады. Зерттеу материалы ретінде оңалту орталығында жатқан, анамнезінде перинаталдық ми зақымданған 1 жастан 7 жасқа дейінгі балалар алынды. Зерттеу нәтижесінде перинаталдық кезеңде патологиялық процесс дамыған балалардың ми құрылысы зерттелді, және қарынша ішілік қан құйылуы анықталды бұл ерте гестациялық жаста туған (32 аптаға дейін) балаларға тән, әсері ауыр жағдайыға алып келеді.

SUMMARY

THE PERINATAL INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGE, COMBINED WITH MULTIFOCAL LESIONS OF BRAIN

Bulekbayeva Sh.A., Altynbekova A.T., Baydarbekova A.K.

**The branch of Corporate Fund "UMC" is "National
Center of child's rehabilitation" Astana**

This article discusses the features of etiopathogenesis of intraventricular hemorrhage in the perinatal period, combined with multifocal lesions of brain. The material of the study were children from one to seven years with perinatal brain damage in history, located on the rehabilitation treatment in specialized children's rehabilitation center. As a result, studies have examined brain structures involved in the pathological process in the perinatal period of development of children, it was found that intraventricular hemorrhage characterized by an earlier gestational age at birth (before 32 weeks of gestation), and lead to more serious consequences.

ПРИМЕНЕНИЕ БОБАТ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

**Булекбаева Ш. А., Дарибаев Ж. Р., Атабаева Г. Е.,
Чуватаева К.К., Нигметжанова М. Б.
Филиал Корпоративного Фонда «УМС» «Национальный
Центр детской реабилитации» г. Астана**

Весомым аргументом в пользу положительного эффекта реабилитации являются функциональная независимость пациента. Обоснование Бобат терапии основано на подходе двигательному контролю, который охватывает ключевые характеристики пациента, их взаимодействие в условиях окружающей среды. Для пациентов с двигательными нарушениями наиболее эффективными, безопасными и недорогими методами реабилитации признаны кинезотерапевтические методы. За рубежом специалистов по Бобат концепции, принимающих участие в неврологической реабилитации называют Бобат терапевтами.

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.

Основные цели реабилитации определяются по принципу Бобат концепции:

- 1) онтогенетический подход к лечению согласно этапам двигательного развития ребенка,
- 2) рефлекс-запрещающие позиции - использование в реабилитации таких поз и положений различных звеньев тела, которые будут тормозить патологические тонические рефлексy,
- 3) управление движением из ключевых точек, акцент на качестве движения,
- 4) при организации движений применяются приемы Бобат с целью стимуляции нейрофизиологического сервиса двигательной сферы,
- 5) мультидисциплинарная команда,
- 6) лечение должно быть функциональным для адаптации ребенка к повседневной жизни.

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.

Фундаментально методика Бобат-терапии основана на применении специальных приемов сенсорной стимуляции для изменения ощущений, возникающих при движениях и статическом удержании позы, что создает возможность их коррекции. Наибольшее значение в методике Бобат имеет воздействие на проприоцепцию. Приемы проприорецепторного воздействия могут использоваться для ингибирования патологических и облегчения физиологических поз и движений.

Основными направлениями терапевтического воздействия Бобат-терапии являются:

- Позиционирование (когда физический терапевт помещает пациента в определенную позу);
- Ингибция - подавление патологических движений и поз;
- Фасцилитация - облегчение выполнения естественных, физиологических движений и удержания физиологической позы;
- Стимуляция, необходимая для усиления ощущения положения собственного тела в пространстве.

Среди основных положений Бобат-терапии особого внимания заслуживают следующие: 1) стимулирование активных автоматических двигательных реакций (при помощи пассивных движений ничему научиться нельзя); 2) терпеливое ожидание реакций со стороны ребенка; 3) постоянное приспособление терапии к актуальному состоянию и реакциям ребенка, использование вариативных техник взаимодействия; 4) учет имеющихся у ребенка проблем в развитии, ненормальных реакций, дополнительных отклонений и нарушений перцепции, умственного развития, социальной интеграции, а также влияния этой интеграции на его повседневную жизнь и активность; 5) постепенное ослабление контроля с целью повышения самостоятельной активности ребенка.

В г. Астана с 2007г функционирует Национальный центр детской реабилитации, куда поступают дети с 1 года до 18 лет со всех регионов Республики с неврологической патологией как центрального, так и периферического уровня. Наиболее часто встречаемой патологией является детский церебральный паралич. Курс реабилитации составляет 25 дней. Проводится комплексная реабилитация: медикаментозная, кинезотерапия, в том числе роботизированная, гидрокинезотерапия, физиолечение, коррекционно-педагогическая реабилитация, ортезирование и другое. В течение последнего года активно внедрен и применяется метод Бобат-терапии. Все дети, поступившие на реабилитацию оцениваются до лечения и после мультидисциплинарной командой, в том числе кинезотерапевтом. Оценивается как клинически, так и по шкалам больших моторных функций GMFM, шкале спастичности Ашворта, модифицированной шкале Бартела, по классификации больших моторных функций GMFCS, шкале функционирования верхней конечности MACS.

Для каждого ребенка составляется 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. В программу включались родители наравне со специалистами. С семьей обсуждаются основные проблемы и особенности ребенка, выделяются приоритетные для них, но при этом значимые и достижимые для ребенка цели двигательного развития. Пути достижения поставленных целей также находятся в зависимости от индивидуальных особенностей каждого ребенка и особенностей уклада его семьи (подбираются игрушки, способы обучения движениям, методические приемы).

Применение Бобат терапии осуществляется в виде:

- оценки двигательных проблем ребенка и его повседневной активности,

- определения терапевтической тактики и предполагаемой длительности лечения ребенка,
- 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),
- обучения родителей способам включения ситуаций обучения движению в повседневную жизнь ребенка и семьи и методам контроля за совершаемыми движениями (внешней обратной связи).

Результаты вмешательства оцениваются по изменению у ребенка нейромышечных, скелетных и других функций, связанных с движениями, а также по изменению двигательной активности пациента, а именно, функции стабильности отдельных суставов, функции объема и свободы движения, постуральных реакций, выравнивания положения, реакций равновесия, поддержания позы, защитных реакций, функции контроля и координации произвольных движений, опорных функций руки и ноги, моторной координации право - лево, координации глаз - рука и координации глаз - нога. С учетом активности изменение позы, поддержание положения и перемещение тела, использование точных движений кисти с выполнением координированных действий и манипулированием объектами с использованием кистей и рук.

Бобат терапия стремится применить весь потенциал восстановления двигательного контроля у пациента, чтобы в дальнейшем на его основе улучшить функционирование.

Установлено, что характер текущих двигательных стратегий пациента может оказать положительное и отрицательное воздействие на реализацию оптимального функционального потенциала. Это касается и качественной, и количественной оценки движения.

Оценка состояния и лечение связаны с постоянным взаимодействием между ними. Это потребует быстрой реакции со стороны Бобат-терапевта и процесса клинического обоснования «в реальном времени», чтобы определить решающие факторы, препятствующие нормальному движению и впоследствии оценить их.

Процесс оценки состояния ребенка систематичен, но гибок, так как он не руководствуется одной и той же последовательностью действий при лечении разных пациентов. Содержание начального и среднего этапов оценки может варьироваться в зависимости от клинической картины конкретного ребенка.

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.

Таким образом, применение Бобат-терапии в реабилитации пациентов с

органическим поражением ЦНС у детей позволяет клинически обосновать и улучшить результаты лечения и применять его исходя из представлений об эффективном функциональном движении, системном контроле движения и принципах усвоения двигательного навыка.

Литература:

1. Бобат – концепция. Теория и клиническая практика в неврологической реабилитации. Под редакцией Сью Рейн, Линзи Медоуз, Мэри Линч – Эллерингтон. «Мадин», 2013, 24-40стр.
2. Хольц Ренате - Помощь детям с церебральным параличом; пер. с нем.- Теревинф, 2007.
3. Бортфельд С.А. Двигательные нарушения и лечебная физическая культура при ДЦП. Л.: Медицина
4. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно – двигательной системы/ Под ред. С.П. Евсеева, С.Ф. Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2010. – 488 с. Часть II. Физическая реабилитация детей, страдающих детским церебральным параличом. Глава 5. Методы физической реабилитации больных ДЦП.
5. IBITA (2007) Theoretical assumptions and clinical practice. <http://www.ibita.org/>

РЕЗЮМЕ

ПРИМЕНЕНИЕ БОБАТ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

**Булекбаева Ш. А., Дарибаев Ж. Р., Атабаева Г. Е., Чуватаева К.К.,
Нигметжанова М. Б.**

**Филиал Корпоративного Фонда «УМС» «Национальный
Центр детской реабилитации» г. Астана**

На базе Национального центра детской реабилитации внедрена и применяется метод Бобат-терапии. Пациенты, оцениваются клинически, по шкалам больших моторных функций GMFM, по классификации больших моторных функций GMFCS, шкале спастичности Ашворта, шкале функционирования верхней конечности MACS, модифицированной шкале Бартела. Курс реабилитации составляет 25 дней. Проводится комплексная реабилитация, в том числе Бобат-терапия.

Результаты: Оценка происходила по изменению у ребенка нейромышечных, скелетных и других функций, связанных с движениями, а также по изменению двигательной активности пациента, постуральных реакций, выравнивания положения, реакций равновесия, поддержания позы, защитных реакций, функции

контроля и координации произвольных движений, опорных функций руки и ноги, моторной координации право - лево, координации глаз - рука и координации глаз - нога. С учетом активности изменение позы, поддержание положения и перемещение тела, использование точных движений кисти с выполнением координированных действий и манипулировании.

Выводы: Таким образом, применение Бобат-терапии в реабилитации пациентов с органическим поражением ЦНС у детей позволяет клинически обосновать и улучшить результаты лечения и применять его исходя из представлений об эффективном функциональном движении, системном контроле движения и принципах усвоения двигательного навыка.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ ОРГАНИКАЛЫҚ АУРУЛАРЫ КЕЗІНДЕ БАЛАЛАРДЫ ОҢАЛТУҒА БОБАТ ТЕАРПИЯСЫН ҚОЛДАНУ

**Булекбаева Ш. А., Дарибаев Ж. Р., Атабаева Г. Е., Чуватаева К.К.,
Нигметжанова М. Б.**

**"УМС" Корпоративтік қорының Балаларды оңалтудың ұлттық орталығы
филиалы г. Астана**

Ұлттық балаларды оңалту орталығында Бобат терапиясы әдісі еңгізілген. Науқастар үлкен моторикалық қызметтері GMFM шкаласы бойынша, үлкен моторикалық қызметтері GMFCS жіктелуі бойынша, тырысу Ашворт шкаласы бойынша, жоғарғы бөлімнің қызметі MACS шкаласы бойынша, модифицирленген Бартелл шкаласы бойынша клиникалық бағаланады. Оңалту кезеңі 25 күнді құрайды. Бобат терапиямен бірге кешенді оңалту жүргізіледі.

Нәтижесі: Бағалау балалардағы жүйке бұлшықеттік, қаңқалық және басқа қызметтері қимыл қозғалыспен байланысты, сонымен қатар науқастағы қимыл белсенділігінің өзгерісіне, постуралды өзгеріс, тұрысының түзелуі, тепе-теңдік өзгерісі, қалпын сақтауы, қорғаныс реакциясы, шартты қимылдарды бақылау және координациялау қызметі, қол мен аяқтың тіреу қызметі, оңға – солға моторлы координация, көз – қол координациясы және көз – аяқ координациясы өзгеруімен көрінеді. Тұрысының өзгеруі белсенділігі, қалпын сақтау және дененің қозғалуы, қолдың нақты қимылдарын қолдану белсенділігімен бағаланады.

Қорытындылар: Сонымен, Бобат терапиясын ОЖЖ – нің органикалық зақымдалуы кезінде науқастарды оңалтуда балаларда және емнің нәтижесін жақсартуға және қимыл қозғалыстың қызметін жүйелі қимылды жүйелі бақылауда және қозғалыс дағдыларын меңгеруге клиникалық негіздеуге көмектеседі.

SUMMARY

BOBATH THERAPY IN THE REHABILITATION OF CHILDREN WITH ORGANIC DISEASES OF NERVOUS SYSTEM

**Bulekbayeva Sh.A., Daribayev Zh., Atabayeva G., Chuvatayeva K. K.,
Nigmatzhanova M.**

**The Branch of Corporative Fund «UMC» National Center of Children's
Rehabilitation, Astana, Kazakhstan**

The National Center of Children's Rehabilitation apply methods of complex rehabilitation. The method of Bobath therapy was implemented as a part of the complex rehabilitation. The course of treatment lasts 25 days. The outcomes of therapy estimates by clinical signs, the Scale of Gross Motor function, GMFCS classification, Ashworth's scale, FIM, Barthel scale.

The outcomes: The results were evaluated by changing of child's neuromuscular, skeletal and other functions associated with the movements. Also, the dynamic of patient's motor activity, postural reactions, equilibrium reactions, maintain posture, defensive reactions, control functions and coordination of voluntary movements, the supporting hand functions and legs, motor coordination right - left, eye coordinations- the hand-eye coordination – leg were estimated.

Conclusion: In this way, the Bobath therapy in the rehabilitation of children with organic diseases of nervous system allows substantiate clinically, improve results of treatment and apply the therapy on the basis of representations of effective functional movement, system of motion control and principles of development of motor skills.

УДК: 376.3:616 – 036.86 – 053.2

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

**Бекмуллаева А. Н., Ахметчина Ж. К., Абсаматова Д.Г.
Филиал Корпоративного Фонда «УМС» «Национальный
Центр детской реабилитации» г. Астана**

Ключевые слова: Кохлеарный имплант, реабилитация, сурдопедагог, дети с нарушением слуха.

Проблема оказания помощи детям с нарушениями слуха является чрезвычайно актуальной в современном обществе. С каждым годом число детей, имеющих такое нарушение, увеличивается. Об этом свидетельствуют меры, принимаемые Министерством здравоохранения по расширению сети сурдологopedических кабинетов, а также приказ Министерства здравоохранения «О мерах по дальнейшему улучшению медицинской помощи лицам с дефектами физического и умственного развития», в котором намечен ряд конкретных мероприятий по усовершенствованию этой службы.

Нарушение слуха — полное или частичное снижение способности обнаруживать и понимать звуки. Вызывается нарушение слуха широким спектром биологических и экологических факторов. У человека нарушение слуха, делающее невозможным восприятие речи, называется глухотой, а более лёгкие степени нарушения слуха, затрудняющие восприятие речи — тугоухостью (нейросенсорной, кондуктивной или смешанного характера). Кроме того, глухота бывает врождённая или приобретённая. При приобретённой тугоухости, возникающей у человека, умеющего говорить, в дальнейшем развиваются расстройства речи в виде монотонности, неритмичности и т.д.

При лечении тугоухости используется многообразный арсенал хирургических, медикаментозных и физиотерапевтических средств. Однако лечение перцептивных форм тугоухости и некоторых заболеваний звукопроводящей системы неэффективно или малоэффективно и не повышает уровень слуха до социально пригодного. И тогда на первый план выступает реабилитация больных. Особого внимания заслуживает комплекс мероприятий, объединяемых понятием — кохлеарная имплантация. Когда слуховые аппараты уже бессильны, при глубокой потере слуха помогают кохлеарные импланты. Кохлеарный имплант — это медицинский прибор, протез, позволяющий компенсировать потерю слуха некоторым пациентам с выраженной или тяжёлой степенью нейросенсорной (сенсоневральной) тугоухости.

Активное внедрение кохлеарной имплантации дало многим пациентам реальный шанс эффективной реабилитации и возвращения к активному образу жизни. На данный момент система кохлеарной имплантации — самое совершенное устройство для помощи людям, которым недостижим мир звуков.

Кохлеарная имплантация успешно проводится во всем мире уже около 30 лет. Такая разработанная программа нашла поддержку в Казахстане на государственном уровне. С 2007 года в Казахстане начали проводить операцию для детей и взрослых

с нарушением слуха. В настоящее время операции по имплантации выполняются в нескольких ведущих клиниках Казахстана: Республиканская детская клиническая больница «АКСАЙ МЗ РК», Городская клиническая больница №5 г. Алматы, Национальный научный центр материнства и детства г. Астана. Устанавливаются кохлеарные импланты фирм MED-EL (Австрия) и Cochlear (Австрия). В качестве мастер -классов проводились операции по СКИ Advanced Bionics и Neuroles. С 2007 года прооперировано 1192 детей. Техническая поддержка за счет государства оказывается детям до достижения совершеннолетия.

Показаниями для проведения кохлеарной имплантации являются:

- Двухсторонняя нейросенсорная тугоухость III-IV или IV степени, глухота. В медицинских показателях это выражается так: средний порог слухового восприятия на частотах 0,5, 1 и 2 кГц (диапазон, отвечающий за четкость и разборчивость речи) составляет более 95 дБ (шум поезда). Иными словами, человек различает только промышленные шумы и голос, переходящий в крик.

- Отсутствие выраженного улучшения слухового восприятия речи от применения оптимально подобранных слуховых аппаратов. Если слуховые аппараты не помогают улучшить восприятие звуков на протяжении полугода и более пользования ими. Если человек не различает звуки тише 55 децибел в диапазоне 2-4 кГц (шум кипящего чайника в полуметре от уха) даже при пользовании хорошо подобранным слуховым аппаратом.

- Наличие поддержки со стороны родителей, родственников и их готовность к длительному послеоперационному периоду сурдологических занятий с ребенком.

В некоторых случаях отказывают проводить кохлеарную имплантацию, если:

- При полной или частичной (но значительной) облитерации улитки. Облитерация - это процесс зарастания полости, который может развиваться при какой-то болезни, патологии.

- При развитии очаговой патологии в корковых или подкорковых структурах головного мозга

- Если у больного есть ретрокохлеарная патология, то есть поражение путей или центров слуховой системы: опухоли слухового нерва или мостомозжечкового угла, поражение слухового нерва и др.

- Если результаты промониторингового теста отрицательные. Промониторинговый тест позволяет узнать, может ли электрическая стимуляция вызывать у данного больного слуховые ощущения.

- Если у больного есть сопутствующие тяжелые заболевания (хроническая почечная недостаточность, декомпенсированные пороки сердца и т.д.) - это может повлиять на ход самой операции;

- Если у больного нет желания работать с сурдопедагогом и развивать слух.

Кохлеарная имплантация с каждым годом становится популярной и самой необходимой продукцией в Казахстане для людей с нарушением слуха. Кохлеарная имплантация – это не разовая акция, а комплексный, многоэтапный метод реабилитации, который состоит из 3 основных этапов: Первый этап - предварительное обследование пациента, определение возможности проведения кохлеарной имплантации. Второй этап - хирургическая операция. Третий этап -

послеоперационная слухоречевая реабилитация – самый длительный и трудоемкий этап кохлеарной имплантации, для которой важно наличие речевой среды. Без слухоречевой реабилитации ребенок не способен овладеть речью, несмотря на то, что с помощью КИ он будет слышать даже шепотную речь. Сама по себе кохлеарная имплантация не позволяет глухим детям сразу же после подключения речевого процессора различать звуковые сигналы и пользоваться речью в коммуникативных целях. Поэтому, после проведения первой настройки процессора ребенок нуждается в педагогической помощи по развитию слухового восприятия и развитию речи.

Реабилитация имплантированных детей в Филиале корпоративного фонда «University Medical Centre» Национальный центр детской реабилитации (НЦДР) проводится в течение 25 дней. В нашем центре пациенты могут получить следующие услуги в процессе реабилитации:

1. Подключение речевого процессора кохлеарного импланта и первичная настройка речевого процессора, проводится через 4-6 недель после операции. В центре сурдологом Айтжановым Б.М. осуществляется подключение и настройка речевых процессоров кохлеарных имплантов фирмы MedEL. С момента подключения пациент может пользоваться преимуществами кохлеарного импланта и слышать звуки. Речевой процессор на этом этапе настраивается, выбирается стратегия кодирования речи, создаются индивидуальные программы прослушивания для получения максимального эффекта у пользователя кохлеарного импланта. Эта работа направлена на формирование у человека полноценных слуховых ощущений.

2. Занятия с сурдопедагогом с целью диагностики слуховых возможностей, развития слуховой и речевой функции. При недостаточности адекватности настройки, то есть при неспособности ребенка слышать низкочастотные, среднечастотные и высокочастотные звуки, сурдопедагог направляет ребенка на настройку.

Реабилитация в НЦДР проходит комплексно, и включает в себя командную работу сурдолога, сурдопедагога, логопеда, психолога, музыкотерапевта и многих других специалистов. Для того чтобы занятия были результативны, необходима комплексная реабилитация после КИ.

- Сурдопедагог уделит больше внимания развитию слуха, формированию пассивного словаря, развитию понимания речи; также развитием внимания, памяти, мышления ребенка, его мелкой и крупной моторики.

- Логопед поможет малышу перевести полученные навыки в активное пользование, будет работать над развитием связной речи.

- Психолог поможет малышу и его родителям лучше понимать друг друга, выявит подсознательные страхи ребенка и поможет побороть их, научит ребенка выражать свои чувства и эмоции, понять свое отношение к окружающему миру.

Ну и, конечно же, психолого-педагогическая реабилитация ребенка должна сопровождаться медицинским контролем со стороны психоневролога, так как у детей с КИ часто наблюдаются сопутствующие нарушения центральной нервной системы.

С каждым годом совершенствуются методы реабилитации после КИ. Специалисты НЦДР повышают свою квалификацию, обмениваются опытом с

заграничными коллегами, занимающимися данной проблемой более продолжительное время. В 2012 году 3 сурдопедагога и 1 логопед центра прошли обучение на рабочем месте в Санкт-Петербургском НИИ уха, горла, носа и речи в г. Санкт-Петербурге. Также на базе АО «РДРЦ» специалисты дополнительно обучались. С 31 октября по 9 ноября 2016 года на базе НЦДР проходило менторство по реабилитации после кохлеарной имплантации. Обучение проводила команда специалистов из Реабилитационного Центра Университета Soča, Институт для глухих и слабослышащих в Любляне, Медицинский Центр Университета в Любляне (Словения), в которую входили отохирург - Саба Баттелино, аудиолог - Анита Кастелик и терапевт (сурдологопед) - Ирена Брежелж.

Программа обучения была составлена на 10 дней. Первая половина дня была посвящена лекциям, после обеда проводились практические занятия. Участвовали следующие специалисты центра: сурдопедагоги, дефектологи, психологи, оториноларинголог – сурдолог, игротерапевты, музыкотерапевты, неврологи, логопеды. Обучение позволило осветить такие темы, как:

- Анатомия уха, физиология;
- Медицинское обследование (оториноларингология);
- Виды и степени тугоухости;
- Слуховая невропатология;
- Методы диагностирования тугоухости;
- Ранняя диагностика тугоухости у маленьких детей;
- Тесты на слуховое восприятие речи для детей (ТСВР)
- Интегрированные шкалы развития
- Начало аудирования
- Простые языковые звуки
- Функциональное обучение
- Полезные материалы для реабилитации
- Музыка и Кохлеарная Имплантация
- Роль психологов в КИ реабилитации
- Поздноимплантированные дети – подростки, взрослые

Были проведены практические занятия с детьми, получающими реабилитационную помощь в данном центре. Осмотрено 6 пациентов:

1. Б. Е., 24.03.2012г.р. Диагноз: Двухсторонняя нейросенсорная тугоухость 3-4 степени. Слухопротезирован бинаурально СА (слуховой аппарат), кандидат на КИ (кохлеарная имплантация). Ребенок был направлен на вторичное обследование слуха, аудиометрия. С ребенком проведено обследование с применением методики «Тест 6 звуков» (Ling 6 sounds). Проводилась выработка УДР (условно-двигательная реакция) на звук через игрушки. Работа над пониманием простых слов: «Дай!», «На!», «Иди!», «Там», «Вот». Работали над звукоподражанием домашних животных. Рекомендовано: проведение КИ. Умение выждать паузу, давая ребенку возможность самостоятельно произносить слова.

2. Р. М с., 28.11.2007 г.р. Диагноз: ДЦП, гиперпаретическая форма. Двухсторонняя нейросенсорная тугоухость 4 степени. Состояние после кохлеарной имплантации справа. С ребенком проведено обследование с применением методики «Тест 6 звуков». Выполнялись упражнения на составление мини-рассказа по

картинкам, задавая вопросы; упражнения на правильное использование предлогов. Прослушивание сказки «Журавль и Лиса» через аудиопроигрыватель. Составление ребенком рассказа через мнемотаблицу. Получены рекомендации: Доступно объяснять задание, более оптимально формулировать вопрос для понимания ребенка.

3. Б. А., 21.05.2014 г.р. Диагноз: Двухсторонняя нейросенсорная тугоухость 4 степени. Состояние после кохлеарной имплантации слева от 05.12.2015 г. С ребенком проведено обследование с применением методики «Тест 6 звуков» (Ling 6 sounds). Проводилась работа над формированием УДР (условно-двигательная реакция) с помощью игрушек. В целях активизации речи применялись картинки Ивана Херлевича, на занятии проговаривались слова «дай», «на», «упала», «бум!». Были даны рекомендации: выждать паузу, давая ребенку возможность самостоятельно произносить слова.

4. А.А., 23.10.2014 г.р. Диагноз: Двухсторонняя нейросенсорная тугоухость 4 степени. Состояние после кохлеарной имплантации слева. С ребенком проведено обследование с применением методики «Тест 6 звуков». Выработывался навык УДР (условно-двигательная реакция) с использованием игрушки. Для активизации речи использовались картинками Ивана Херлевича, проговаривание слогов: «Лягушка, оп-оп!», «Лягушка, ам-ам!», «Лягушка, бай-бай». Рекомендовано: Выждать паузу, давая ребенку возможность самостоятельно произносить слова. Оптимальная для понимания ребенка формулировка вопроса.

5. С. А., 12.12.2012 г.р. Диагноз: Двухсторонняя нейросенсорная тугоухость 4 степени. Состояние после кохлеарной имплантации слева от 05.12.2015г. С ребенком проведено обследование с применением методики «Тест 6 звуков» (Ling 6 sounds). На занятии использованы картинки Ивана Херлевича, для проговаривания слогов, слов и словосочетаний. Проведена работа с картинками над пониманием простых вопросов; работа с книгой «Большой альбом по развитию речи», с целью расширения глагольного словаря. Рекомендовано: Включение родителя в обучающий процесс. Правильно использовать помощь родителя. Умение выждать паузу, давая ребенку возможность самостоятельно ответить на вопрос.

6. К. П., 09.12.2013 г.р. Диагноз: Двухсторонняя нейросенсорная тугоухость 4 степени. Состояние после кохлеарной имплантации слева. С ребенком проведено обследование с применением методики «Тест 6 звуков» (Ling 6 sounds). В процессе работы проводилась выработка УДР (условно-двигательная реакция) через игрушки. На занятиях были использованы картинки Ивана Херлевича (проговаривание словосочетаний: «Вова идет», «Вова кач-кач», «Вова упал», «Вова вава»). Работа над слуховым восприятием через элементы музыкотерапии, песня «Воробушек». Использовали элементы логоритмики «Варим, варим мы компот». Рекомендовано: Умение выждать паузу, давая ребенку возможность самостоятельно произносить слова. Включение в работу элементы логоритмики и музыкотерапии. Специалисты научились использовать методику обследования – Тест 6 звуков (Ling 6 sounds).

От менторов получены рекомендации по работе с детьми после кохлеарной имплантации.

1. Необходимо инвестировать в приобретение следующих материалов и

технического оборудования:

- Оборудование аудиометрии свободного поля (и пространство);
- Камеры для мониторинга и записи реабилитации и наблюдения прогресса (обсуждение с другими терапевтами клинические случаи с видео поддержкой);
- Измеритель полных сопротивлений с полным спектром для выполнения акустических рефлексов;
- VНIT тест;
- сVEMPs;
- Дидактические материалы для реабилитации:
 - Специализированные игрушки (должны быть в двух экземплярах);
 - Специальная литература и дидактические пособия;
 - Звуковые (музыкальные) инструменты;

Лицензированные тесты: Руководство по Профилям развития Коммуникации и Символической шкалы поведения (Wetherby AM, Prizant VM) Балтимор.

2. С детьми младшего возраста занятия целесообразно проводить в игровой форме, использовать те предметы и действия, которые их интересуют. Нужно включать в работу по развитию слуха и речи игрушки, предметы обихода (Например: ложки-чашки, стук в дверь при развитии слуха; тапки, мыло и т.д. для купания кукол в целях расширения словаря, развития фразовой речи), карточки-картинки и т.д.

3. Родителям полезно вести «Дневник наблюдений», который состоит из двух частей: первая – «Развитие слухового восприятия», вторая – «Развитие устной речи». Анализ дневниковых записей позволит родителям и сурдопедагогу планировать содержание коррекционно-педагогической работы, подбирать речевой материал, учитывая слуховые и речевые возможности ребенка, подбирать игровые задания, соответствующие этапу реабилитации. Также важно обеспечить ребенка речевой средой, в которой он будет слушать и учиться говорить. Это все расширит возможности нашего Центра в оказании более продуктивной, комплексной реабилитации пациентов после кохлеарной имплантации. Хорошая реабилитация детей с КИ позволит осуществить запуск слухового восприятия, речи, познавательных навыков за короткий промежуток времени. Интенсивные занятия с детьми после КИ, организуемые в НЦДР, позволяют сформировать у ребенка все необходимые учебные навыки. К тому же динамический курс дает большой опыт и знания родителям, которые становятся активными участниками реабилитации, обучаются приемам работы со своим ребенком.

Литература:

1. Сулейменова., Р.М. Тубекбаева педагогическое обследование детей раннего и дошкольного возраста с подозрением на снижение слуха. ТОО Центр САТР, 2009
2. Ерсарина А.К. психолого – медико – педагогическое обследование детей с нарушенным слухом. Методическое пособие. – Алматы: 2010. – 152с.
3. Королева И.В. Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей раннего возраста. – СПб.: КАРО, 2005.
4. Зонтова О.В. Рекомендации для родителей по развитию слухового восприятия у детей с нарушенным слухом /Науч. Ред. Проф. И.В. Королева. – СПб:

Умная Маша, 2010. – 200с

5. Королева И.В., Янн П.А. Дети с нарушениями слуха: Книга для родителей и педагогов. – СПб.: КАРО, 2011. – 240 с.: ил. – (Серия «Специальная педагогика»).

РЕЗЮМЕ

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

**Бекмуллаева А. Н., Ахметчина Ж. К., Абсаматова Д.Г.
Филиал Корпоративного Фонда «УМС» «Национальный
Центр детской реабилитации» г. Астана**

Эта статья содержит информацию по актуальной проблеме современного общества – реабилитации после кохлеарной имплантации. Раскрываются вопросы о показаниях и противопоказаниях к кохлеарной имплантации, о ее эффективности и условиях, необходимых для успешной реабилитации.

ТҮЙІНДЕМЕ

КОХЛЕАРЛЫҚ ИМПЛАНТАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ОҢАЛТУ

**Бекмуллаева А. Н., Ахметчина Ж. К., Абсаматова Д.Г.
"УМС" Корпоративтік қорының Балаларды оңалтудың ұлттық орталығы
филиалы г. Астана**

Бұл мақала қазіргі қоғамдағы өзекті мәселе – кохлеарлық имплантациядан кейінгі оңалту туралы мағлұмат береді. Кохлеарлық имплантация кандидаттарына қойылатын талаптар, оның нәтижесі және нәтижелі оңалтуға қажетті жағдайлар туралы сұрақтар қарастырылған. Мақала педагогтарға, естуі бұзылған балалардың ата-аналарына және осы мәселеге қызығушы адамдарға арналған.

SUMMARY

REHABILITATION OF CHILDREN AFTER COCHLEAR IMPLANTATION

**Bekmullaeva A.N., Akhmetchina J.K., Absamatova D. G.
The branch of Corporate Fund "UMC" is "National
Center of child's rehabilitation" Astana**

This article contains information about the actual problem of modern society - rehabilitation after cochlear implantation. Disclosed are questions about the indications and contraindications to the cochlear implant, its effectiveness and the conditions necessary for successful rehabilitation after cochlear implantation. This article is intended for teachers and parents of children with hearing impairment and all those interested in this issue.

УДК: 616.711.1/5-001.5-089.881

ТРАНСПЕДИКУЛЯРНАЯ ПЛАСТИКА ТЕЛА ПОЗВОНКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЕОР И ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО КОМПЬЮТЕРНОГО ТОМОГРАФА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

**Мухаметжанов Х., Карибаев Б.М., Мухаметжанов Д.Ж., Бекарисов О.С.,
Булекбаева Ш.А., Кусаинова К.К.**

РГП на ПХВ НИИТО, РК, Астана

**ФГУ НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАН, Россия, Москва
Филиал Корпоративного Фонда «УМС» «Национальный
Центр детской реабилитации» г. Астана**

Цель исследования: Сравнительная оценка результатов транспедикулярной пластики тела поврежденного позвонка (ТППТ) с использованием ЕОР и интраоперационного компьютерного томографа (O arm).

Материал и методы. Методом ТППТ прооперировано 266 больных с травмой позвоночника в возрасте от 15 до 68 лет, средний возраст 39 ± 13 лет; мужчин было 172 (64,7%), женщин – 94 (35,3%). Основная часть больных поступила в клинику в острый (224) и ранний (26) периоды травмы (94%); 8 – в промежуточный и 8 – в поздний периоды травмы (6%). Бытовая травма наблюдалась у 161 (60,5%), производственная – у 51 (19,2%) и травма получена при дорожно-транспортном происшествии (ДТП) 54 (20,3%) пострадавшими. Среди пострадавших при ДТП было 36 (13,5%) пассажиров, 9 (3,4%) – пешеходов и 9 (3,4%) – водителей. 156 (58,6%) пострадавших получила травму при падении с большой высоты, 41 (15,5%) – с высоты роста, 13 (4,9%) при падении груза на спину и прочий механизм травмы отмечен у 2 (0,7%) больных.

После клинико-неврологического осмотра всем больным выполняли рентгенографию, компьютерную томографию (КТ), 248 (93,2%) - рентгеновскую денситометрию, 104 (39,1%) – электронейромиографию, 89 (33,4%) – миелографию, 57 (21,4%) – лигаментографию, 36 (13,5%) – ультразвуковое исследование позвоночника. Переломы поясничного отдела позвоночника диагностированы у 156 (58,6%), грудного – у 55 (20,7%), двух отделов – у 44 (16,5%) и двухуровневые переломы – у 11 (4,2%) пострадавших. Перелом одного позвонка выявлен у 155 (58,3%), двух – у 71 (26,7%), трех – у 26 (9,8%), четырех – у 9 (3,4%), пяти – у 4 (1,5%), шести – у одного (0,3%) больного. Осложненная травма позвоночника отмечена у 48 (18%) и сочетанная – у 101 (38%) пострадавших, которая у 20 (7,5%) сопровождалась травматическим шоком.

ТППТ выполнялась в условиях транспедикулярной фиксации (ТПФ) по разработанной нами методике гранулами пористого никелида титана (патент РК и РФ). Гранулы пористого никелида титана изготавливались НИИ медицинских материалов и имплантантов с памятью формы СФТИ при ТГУ (Томск), имеется сертификат соответствия нормативным документам и разрешение этической комиссии РГП на ПХВ НИИТО о возможности использования их в клинической

практике.

Результаты и их обсуждение. 266 больным выполнено 273 операции в связи с наличием двухуровневых нестабильных переломов позвоночника и перемонтажом ТПФ. С использованием ЕОР произведено 190 (69,6%) операций и 83 (30,4%) операции – с O arm. После операции с применением ЕОР проведена КТ 138 (50,5%) больным.

При выполнении операций под ЕОР контроль этапов осуществляется только 2D изображениями. При O arm контроле этапов операции производится: маркировка поврежденного позвонка 2D изображением, установка маркеров, имплантация винтов, установка воронки для всыпания гранул пористого никелида титана и его распределение в теле позвонка - с 2D и 3D изображением. Аксиальная проекция O arm позволяет наиболее надежно проконтролировать правильность установки маркеров, винтов и воронки и равномерность распределения гранул пористого никелида титана.

При 138 операциях под ЕОР было имплантировано 675 винтов, мальпозиция (некорректное проведение) была обнаружена 45 (6,7%) винтов после 36 (26,1%) операций; гранулы пористого никелида титана были расположены в теле позвонка в 116 (84%) случаях и в 22 (16%) наблюдениях гранулы располагались в теле позвонка с выходом паравертебрально (5,2%), в теле позвонка и корне дужки (7,2%) и в теле позвонка с выходом в смежный диск (3,6%). Удалена конструкция в 62 (44,9%) случаях и поломки узлов конструкции выявлено в 21 (33,9%) наблюдений.

При 83 операциях под O arm имплантировано 450 винтов, в процессе операции была выявлена мальпозиция 4 (0,9%) и при 4 (4,8%) операциях, гранулы никелида титана были строго в теле позвонка в 82 (98,8%) и в одном (1,2%) случае гранулы обнаружены в теле позвонка с выходом паравертебрально. Но в отличие от операций, выполненных под ЕОР, мальпозиция винтов и выход гранул никелида титана при операциях под O arm диагностированы во время операции – мальпозиция винтов была устранена и при выходе гранул за пределы тела позвонка их введение тут же прекращена. Удалена конструкция только у одного (1,2%) больного из 83 случаев в связи с поломкой винта.

Заключение. Использование O arm позволяет контролировать основные этапы операции в 3D режиме, при возникновении ошибок – устранить их в ходе операции, дает хирургу полное представление о правильности выполнения операции до её завершения и исключает необходимость в проведении КТ после операции.

РЕЗЮМЕ

ТРАНСПЕДИКУЛЯРНАЯ ФИКСАЦИЯ И ТРАНСПЕДИКУЛЯРНАЯ ПЛАСТИКА ТЕЛА ПОВРЕЖДЕННОГО ПОЗВОНКА В ХИРУРГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Х. Мухаметжанов, Д.Ж. Мухаметжанов, Б.М. Карибаев, Б.Ж. Мухаметжанов, О.С. Бекарисов, С.Х. Мухаметжанов, Булекбаева Ш.А., Кусайнова К.К.

РГП на ПХВ НИИТО, РК, Астана

**ФГУ НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАН, Россия, Москва
КФ «УМС» Национальный центр детской реабилитации**

Авторы анализируют результаты лечения больных с травмой грудно-поясничного отдела позвоночника своей оригинальной методикой транспедикулярной пластики тела позвонка гранулами пористого никелида титана в условиях транспедикулярной фиксации. Делается вывод о возможности использованного метода хирургического лечения повреждений позвоночника разработанным способом. Транспедикулярная пластика тела позвонка показана больным с переломами типа А2, А2, В2 (по классификации АОЛ), а также больным старшего и пожилого возраста с остеопоротическими переломами позвоночника, у которых из-за сопутствующих заболеваний, снижена толерантность к травматичным оперативным вмешательствам.

SUMMARY

TRANSPEDICULAR FIXATION AND TRANSPEDICULAR PLASTIC OF DAMAGED VERTEBRAL BODY IN SPINE DAMAGE SURGERY.

**Republican State Enterprise on the PVC "SRITO" RK, Astana.
Federal State Institution Research Institute of Neurosurgery named after
Academician NN Burdenko, Russia, Moscow.**

**Corporate Fund «University Medical Center», RK, Astana
H. Muhametzhanov, D.Zh. Muhametzhanov, B.M. Karibaev,
B.Zh. Muhametzhanov, O.S. Bekarisov, S.H. Muhametzhanov,
Bulekbaeva Sh., Kussainova K.**

The authors analyze the results of treatment of patients with injuries of the thoracolumbar spine with its original method of vertebral body transpedicular plastic with porous NiTi granules in the condition of transpedicular fixation. The conclusion about the possibility to use the method of surgical treatment of spine injuries with developed method is in process. Transpedicular plastic of vertebral body is recommended in patients with type A2 fractures, A2, B2, as well as older patients and elderly with osteoporotic vertebral fractures, in which due to concomitant diseases the tolerance to traumatic surgical intervention is decreased.

УДК: 616.9 (574)(493)

ОРГАНИЗАЦИЯ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В КЛИНИКАХ БЕЛЬГИИ. ОБМЕН ОПЫТОМ

Хайрулина А.А.
**Филиал Корпоративного Фонда «УМС» «Национальный
Центр детской реабилитации» г. Астана**

Ключевые слова: инфекции связанные с оказанием медицинской помощи; инфекционный контроль; профилактика и контроль инфекций; госпитальный эпидемиолог.

Keywords: infections are related to providing of medicare; infectious control; infectious control; prophylaxis and control of infections; hospital epidemiologist.

Түйін сөздер: инфекция медициналық көмек көрсетумен байланысты; инфекциялық бақылау; алдын алу және бақылау инфекциялар; госпитальдық эпидемиолог.

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) являются из основных причин заболеваемости и смертности госпитализированных больных.

На сегодняшний день в Казахстане приняло особую актуальность и значимость проблемы по вопросам профилактики ИСМП, их учету, регистрации, установки диагноза.

Все знают, что организация инфекционного контроля в лечебных учреждениях Казахстана имеет молодую историю, своё развитие начинает с конца 90-х годов. Госпитальный эпидемиолог и другие специалисты по инфекционному контролю сталкиваются с проблемными вопросами - не совершенством законодательства, отсутствием опыта и литературы, недостаточной подготовкой по инфекционному контролю технических специалистов, клиницистов, клинических фармакологов, микробиологов, инфекционистов и других медицинских кадров, слабой материально-технической базой и множеством тому подобных вопросов.

Основным недостатком является так же, то, что нет конкретных нормативных требований по организации инфекционного контроля в лечебных учреждениях; отсутствует системный подход по распределению функциональных должностных требований по внедрению и профилактике ИСМП между клиницистами; госпитальными эпидемиологами и технической службой.

В каждом учреждении развивается своя модель организации инфекционного контроля. Зачастую формы исполнения не справедливы, ведут к конфликтным ситуациям, а не к решению проблем.

В связи с данной ситуацией по Казахстану Корпоративным фондом «УМС» была поставлена задача о создании более эффективной модели системы организации инфекционного контроля, направленной на снижение заболеваемости ИСМП и экономии затрат на лечение внутрибольничной инфекции.

Борьба с инфекционными заболеваниями в сложности является многоплановой и весьма трудна для решения. Для решения этой задачи первым этапом было направление госпитальных эпидемиологов по обмену опытом в зарубежные клиники, имеющих успешный передовой опыт по профилактике ИСМП. Основные

цели, которые были поставлены перед госпитальными эпидемиологами:

- изучить модели инфекционного контроля для внедрения эффективных Программ и практик в филиалах Фонда;

- ознакомиться инновационными технологиями: очистки, обеззараживания воздуха; контроль гигиены рук, выбор дезинфицирующих препаратов, деятельность ЦСО, использование средств индивидуальной защиты, контактных мер предосторожностей, использование возможностей информационных систем слежения за микробным пейзажем клиник и заболеваемостью, за рациональным использованием антибиотиков.

Поездка по обмену опытом была проведена в Европейскую страну Бельгию. Обучение проводилось в многопрофильных университетских клиниках в трех городах Брюгге, Остен, Гент. При обучении приняли участие в клинических обходах; в разборах инфекционных пациентов; в сессиях по обучению пациентов и персонала, в частности по гигиене рук. Проводили наблюдение за работой специалистов по Гигиене; изучали контактные меры предосторожности с инфекционными больными; мониторинг микробного пейзажа и чувствительности возбудителей; принципы применения дезинфицирующих препаратов.

Было отмечено много положительных наблюдений в Бельгии, например:

Сбор специалистов по Гигиене со всех клиник и обсуждение вопросов инфекционного контроля на государственном уровне проводится 4 раза в год.

Существует конкретная классификация оп ИСМП. Выставляет диагноз клиницист, совместно с группой по профилактике инфекций.

Каждая клиника имеет ежегодную Программу по профилактике и контролю инфекций, которая включает:

- управленческий уровень инфекционного контроля;
- административно- бюджетный контроль;
- инженерно-технический контроль;
- личная защита персонала.

Ведется учет и регистрация всех случаев ИСМП. Отсутствуют факторы сокращения внутрибольничной инфекции.

Проводится тщательное обучение клиницистов по вопросам инфекционного контроля. Высокий уровень знаний по вопросам инфекционного контроля среди персонала технической службы, клиницистов. Обучение проводят не только специалисты по Гигиене, но инфекционисты, микробиологи, клинические фармакологи, специалисты по качеству и технической службы. Существуют утвержденная программа обучения.

Отмечена тесная связь между клиницистами, инфекционистами, клиническими фармакологами и специалистами по гигиене. Частые мультидисциплинарные встречи и обсуждения тактики лечения пациентов и антибиотикотерапии. Специалисты по Гигиене не остаются наедине со своими проблемами. Все проблемы сразу же обсуждаются с необходимыми специалистами.

Отмечены положительные наблюдения в кадровой политике. Высокая обеспеченность, такими специалистами как инфекционисты, клинические фармакологи, микробиологи. Все специалисты имеют сертификаты обучения по вопросам профилактики ИСМП и инфекционного контроля.

Основная работа специалистов по Гигиене обучение персонала по требованиям инфекционного контроля.

Защитой персонала занимается профилактическая группа, отдельно от инфекционного контроля. В состав данной группы входят специалист по качеству; инженер по технике безопасности и др. Основные функции по работе с персоналом:

- Защищает права сотрудников;
- Изучает и организуют благоприятные условия на рабочих местах;
- С учетом стажа и возраста сотрудникам предоставляются дни отдыха в рабочие дни для поддержания здоровья;
- Ведут контроль за приобретением дезинфицирующих средств, за их агрессивным действием на здоровье сотрудников;
- Контролируют своевременное приобретение средств индивидуальной защиты для персонала
- Любой сотрудник может обратиться с жалобой на администрацию.

Имеются протокола лечения антибактериальной терапией, с учетом всех случаев резистентности.

Разработаны все меры предосторожности по всем видам инфекций и изоляционных больных.

Обеспеченность в достаточном количестве расходными материалами (моющие, дезинфицирующие средства, антисептики, жидкое мыло во флаконах, средства индивидуальной защиты, одноразовые изделия медицинского назначения и другие). Закуп перчаток проводится по всем необходимым размерам (S, L, M). Обеспеченность в достаточном количестве уборочным инвентарем; соблюдается цветовая маркировка. Хозяйственным обеспечением занимается специальные службы, участие медицинских сестер отсутствует.

Сопровождение пациентов; инструментария; лекарственных средств осуществляется логистической службой. Медицинские сестры занимаются только непосредственно пациентом.

Имеется электронная система сканирования всех обрабатываемых инструментов. Экономия времени - отсутствуют письменная регистрация инструментов многократного использования на всех этапах обработки. Электронная система хранит информацию о каждом инструменте: о кратности его использования и обработки.

Имеется компьютеризированная система мониторинга вентиляционной системы по всей клинике, которая отслеживает состояние вентиляции в каждом помещении и при неисправности срабатывает система оповещения и сигнализации.

Клиники оснащены транспортными системами для сбора медицинских отходов и использованного белья. Сбор в трубопроводы осуществляется по графику по времени. Не затрачивается время сотрудников на транспортировку в прачечную; не осуществляет подъем тяжести. Снижается контакт с загрязнениями. Пищеблок оснащен закрытой автоматизированной системой (оборудованием) для мытья и обработки столовой посуды; персонал не участвует в мытье и обработки посуды, отсутствует влияние человеческого фактора. Выделено помещение для обработки тележек; оборудованное шлангом с подводкой воды под давлением.

По результатам поездки возникли предложения по совершенствованию системы инфекционного контроля в клиниках Казахстана. Возникла необходимость создания ассоциации госпитальных эпидемиологов; проводить сбор всех госпитальных эпидемиологов на государственном уровне по несколько раз в год; необходимо дополнить архитектурно – планировочные требования при проектировании и строительстве лечебных учреждений; определить конкретную классификацию ИСМП; разработки единых алгоритмов действий при выявлении тех или иных инфекций или возбудителя. В кадровой политике есть необходимость пересмотреть штатное расписание на государственном уровне с увеличением ставок инфекционистов, клинических микробиологов и фармакологов. Добавить дополнительные службы для обслуживания и организации качественного медицинского лечения пациентов. Конкретного распределения должностных обязанностей и функционала по вопросам инфекционного контроля.

Совершенство методов и единство подходов к подготовке кадров призваны одной из ведущих проблем профилактики ИСМП. Целесообразно вести непрерывную подготовку на этапе дипломного и постдипломного образования для клиницистов, медицинских сестер, персонала технических служб по профилактике и контролю инфекций.

РЕЗЮМЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В КЛИНИКАХ БЕЛЬГИИ. ОБМЕН ОПЫТОМ

Хайрулина А.А.

**Филиал Корпоративного Фонда «УМС» «Национальный
Центр детской реабилитации» г. Астана**

Возникла необходимость совершенствование системы инфекционного контроля в больничных учреждениях Казахстана; создания эффективных Программ по профилактике ИСМП с учетом опыта и внедрения зарубежных международных практик. Проводилось ознакомление с организацией инфекционного контроля в многопрофильных клиниках Бельгии в трех городах Бррюге, Остен, Гент. Изложены предложения по улучшению инфекционного контроля в клиниках Казахстана.

ТҮЙІНДЕМЕ

БЕЛЬГИЯ КЛИНИКАЛАРЫНДА ИНФЕКЦИЯЛЫҚ БАҚЫЛАУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ. ТӘЖІРИБЕ АЛМАСУ

Хайруллина А. А.

**"УМС" Корпоративтік қорының Балаларды оңалтудың ұлттық орталығы
филиалы г. Астана**

Қазақстанның ауруханалық мекемелерінде инфекциялық бақылау жүйесін жетілдіру қажеттілігі туындады; шетелдік халықаралық тәжірибені енгізу және тәжірибені ескере отырып ауруханаішілік жұқпалардың алдын-алу бойынша тиімді бағдарламалар құру. Бельгияның Бррюге, Остен, Гент қалаларындағы көп бейінді клиникаларындағы инфекциялық бақылау ұйымдастырумен таныстыру жүргізілді. Қазақстанның клиникаларында инфекциялық бақылауды жақсарту бойынша ұсыныстар баяндалған.

SUMMARY

ORGANIZATION OF INFECTIOUS CONTROL IS IN CLINICS OF BELGIUM. EXCHANGE BY EXPERIENCE

Khairullina A. A.

**The branch of Corporate Fund "UMC" is "National
Center of child's rehabilitation" Astana**

There was a necessity perfection of the infectious checking system in hospital establishments of Kazakhstan; creations of effective Programs on the prophylaxis of in – hospital infections taking into account experience and introduction of foreign international practices. An acquaintance was conducted with organization of infectious control in the multi-field clinics of Belgium in three cities of Brruge, Ostende, Ghent. Expounded suggestion on the improvement of infectious control in the clinics of Kazakhstan.

УДК: 616.891/.892-07-053.2(574)

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ

**Смакова А.С., Тайтубаева Г.К., Хан Л.А., Амирова А.Т., Парманова З.А.
Филиал Корпоративного Фонда «УМС» «Национальный
Центр детской реабилитации» г. Астана**

В настоящее время значительно увеличивается количество людей, имеющих определенные особенности в физическом и психическом развитии. По данным статистики 2015 года в Казахстане насчитывается около 630 тысяч человек с ограниченными возможностями [1]. А любое нарушение может навредить полноценной работе головного мозга, что вызывает дополнительные проблемы в развитии ребёнка и может повлечь за собой задержку психического развития, дезадаптацию, школьную неуспеваемость и многое другое. В связи с этим, остро встаёт вопрос о своевременной диагностики, коррекции и профилактики нарушений развития.

В Национальном центре детской реабилитации ежегодно проходят курс более 4200 детей. Комплексный подход является одним из основных условий для достижения положительной динамики в развитии ребёнка с ограниченными возможностями, поэтому в нашем центре медицинский, педагогический и социальные аспекты совмещены в одно целое. Это позволяет каждому ребёнку в силу собственных возможностей преодолевать ограничения в развитии, трудности коммуникации и в будущем быть активным членом общества.

Нейропсихология является одним из перспективных направлений работы реализуемых в условиях комплексной реабилитации с детьми, имеющими различные нарушения в развитии и помогающее решить данную проблему. Она находится на стыке медицины, психологии и коррекционной педагогики и это даёт возможность наиболее полноценно использовать данный метод в условиях нашего центра, так как реабилитация детей с ограниченными возможностями осуществляется мультидисциплинарной командой, включающей в себя врачей и педагогов. Нейропсихологический подход также можно использовать в работе со здоровыми детьми, так как у каждого ребёнка есть различия в темпе созревания и развития психических процессов. Тестирование здоровых детей позволяет провести своевременную профилактику возникновения задержки развития.

По мнению Ж.М. Глозман «Луриевский нейропсихологический анализ позволяет дифференцировать трудности обучения и поведения, обусловленные индивидуальными особенностями функционирования мозговых структур, от дезадаптации, связанной с неправильным педагогическим воздействием или с патохарактерологическими особенностями личности ребенка». Таким образом, специализированная помощь «требуется как детям с трудностями обучения вследствие функциональной незрелости, атипичного развития высших психических функций (в том числе одаренности) или вследствие психосоматических заболеваний, так и детям, успевающим в школе, но достигающим этого в ущерб своему здоровью» [2].

Нейропсихологическое обследование позволяет оценить особенности в развитии различных зон головного мозга, которые влияют на формирование всех психических процессов у человека, а также определяет области нарушения в функционировании головного мозга и даёт возможность для постановки топического диагноза. Данное обследование направленно на оценку уровня сформированности памяти, внимания, речи, моторики, мышления, восприятия, умения планировать и оценивать деятельность, мотивационную сферу, волевые качества. Также, с помощью повторного обследования можно определить динамику улучшений по итогам реабилитации пациента в нашем центре, тем самым контролировать ход лечения и при необходимости проводить его коррекцию.

Нейропсихологическая диагностика проводится посредством специальных проб, заданий, стандартизированных тестов, которые дают возможность определить не только количественную оценку, а в-первую очередь выявить качественные особенности в развитии пациента. Нейропсихологическая диагностика и коррекционная основаны на трехуровневой системе, разработанной в соответствии с учением А.Р.Лурия о трех функциональных блоках мозга. 1-й функциональный блок мозга отвечает за регуляцию тонуса и бодрствования, 2-й - блок приема, переработки и хранения информации и 3-й - блок программирования, регуляции и контроля. [3].

Группа специалистов нашего центра в составе неврологов, психолога и дефектолога прошли стажировку в Центре патологии речи и нейрореабилитации г. Москва. Где ими были получены навыки и знания по основам нейропсихологического обследования и основным направлениям в коррекции с целью внедрения в практику работы НЦДР. Также специалисты приобрели практические навыки проведения нейропсихологического обследования.

В период с июля по декабрь 2016 г. было обследовано 45 пациентов находившихся на курсе реабилитационного лечения в стационаре НЦДР и амбулаторные пациенты. Выборка пациентов включала следующие нозологические формы: ДЦП (80)%, логоневроз (7,5%), ЗПР с СДВГ (10%), аномалия развития головного мозга (2,5%). Возрастные рамки от 5 до 13 лет.

Каждый пациент был обследован в соответствии с протоколом, соотнесенным с определенной возрастной группой, в которую он входил и с учетом индивидуальных особенностей. Длительность обследования составляла от 40 минут до 2 часов 30 минут, в соответствии с возрастом, часто диагностика проводилась в несколько сеансов. В ходе проведенного обследования для оценки высших психических функции был использован нейропсихологический альбом А.Р. Лурия для детей от 9 лети и детский альбом Ж.М.Глоzman (от 3 до 9 лет) .

По результатам проведенной работы были получены следующие данные. У группы обследованных детей в 100% на первый план выступают нарушения нормального протекания психических процессов в средней степени выраженности, проявляющиеся в замедлении темпа работы, истощаемости, расстройстве пространственного компонента различных видов психической деятельности, которые могут встречаться как изолированно, так и в самых разнообразных сочетаниях друг с другом. Это является признаками нарушения функционирования 1 блока мозга (по А.Р.Лурии). Вышеописанные нарушения вторично приводят к задержке в формировании теменно-затылочных отделов (95%) и базально-височных

отделов левого и правого полушарий мозга (2,5%) – 2 блок, патологическую заинтересованность префронтальных отделов (2,5%) – 3 блок мозга.

Учитывая выявленные нарушения, нами были даны рекомендации специалистам по работе с пациентом в период реабилитации и родителям для занятий дома. Коррекция по результатам нейропсихологического обследования в условиях центра ориентирована на деятельность психолога и дефектолога. Предполагается при повторном поступлении на курс реабилитации в центр провести повторное обследование, с целью определения динамики в развитии.

Задачи при проведении коррекционной работы включали, прежде всего, коррекцию первичного нарушения, в нашем случае нейродинамический компонент психической деятельности (развитие произвольного внимания, оптимизация тонуса), и работу над вторичными нарушениями, при получении положительных результатов от коррекции первичных нарушений.

Родителям были предложены дидактические игры и упражнения по следующим направлениям:

Коррекция нарушений 1 блока мозга: развитие внимания; дыхательные упражнения; общий двигательные, глагодвигательные упражнения; базовые сенсомоторные взаимодействия; мелкая моторика.

Коррекция нарушений 2 блока мозга: игры и упражнения направленные на развитие и коррекцию психических процессов (память, восприятие, мышление, праксис, речь, пространственная ориентировка).

Коррекция нарушений 3 блока мозга: формирование навыков программирования, регуляция и контроля за протекаемой деятельностью, мотивации.

Предполагается, что при динамическом обследовании будут получены положительные результаты при системной работе родителей по предложенным рекомендациям от специалистов.

Литература

1. <http://www.zakon.kz/>
2. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста. -М.: Академия, 2009. – 272 с.
3. Хомская Е.Д. Нейропсихология. - СПб.: Питер, 2007. - 496с.

РЕЗЮМЕ

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ

**Смакова А.С., Тайтубаева Г.К., Хан Л.А., Амирова А.Т., Парманова З.А.
Филиал Корпоративного Фонда «УМС» «Национальный
Центр детской реабилитации» г. Астана**

Данная статья посвящена вопросам организации нейропсихологической диагностики детей в условиях реабилитационного центра.

ТҮЙІНДЕМЕ

Балалардың нейропсихологиялық диагностикасы

**«Смакова А.С., Тайтубаева Г.К., Хан Л.А., Амирова А.Т., Парманова З.А.
«УМС» Корпоративтік қорының Балаларды оңалтудың ұлттық
орталығы филиалы**

Бұл мақала балалардың нейропсихологиялық диагностикасын оңалту орталықта ұйымдастыру мәселелерін шешуге арналған.

SUMMARY

THE BRANCH OF CORPORATE FUND "UMC" IS "NATIONAL

**Smakova A., Taitubaeva G., Khan L., Amirova A., Парманова З.
Center of child's rehabilitation" Astana**

This article is devoted to the organization of neuropsychological diagnostics of children in a rehabilitation center.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ВОЙТА – ТЕРАПИИ

Жылкыбаев Г.Л.

**Филиал Корпоративного Фонда «УМС» «Национальный
Центр детской реабилитации» г. Астана**

Введение

С раннего возраста ребёнок имеет определённые движения - это инстинктивные или рефлекторные движения. Реализуются они в силу возникновения импульсов в центральной нервной системе и распространения их до соответствующих мышц или мышечных групп. При нарушении в центральной нервной системе и опорно-двигательном аппарате, эти импульсы блокируются. Суть Войта-терапии заключается в том, чтобы заставить мозг активизировать «врожденные образцы движения», с последующим развитием их в полноценные двигательные реакции. Особенно высокая эффективность данной методике в раннем возрасте. «Исторически при исследовании взаимосвязи с кинезиологией развития компоненты процесса переворачивания были сначала определены как компоненты идеального развития моторики. Дефицит указанных компонентов при наличии какой-либо патологии рассматривался в качестве блокады двигательного онтогенеза. Таким образом, активация врожденных моделей рефлекторного поступательного движения стала безусловным показанием для терапии двигательных расстройств» [1].

Актуальность применения Войта-терапии в процессе реабилитации обусловлена тем, что с каждым годом растет число неврологических больных детского возраста, течение заболевания которых приводит к последующей инвалидизации. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в среднем 10% всего населения земного шара составляют инвалиды, из которых 150 миллионов – дети. По данным Национального генетического Регистра Республики Казахстан ежегодно в Казахстане рождается от 2000 до 3500 детей с врожденной и наследственной патологией, что составляет 20,0-24,3 на 1000 новорожденных. В том числе, «частота ДЦП составляет 2,5-5,9 на 1000 родившихся. В Республике Казахстан более 10 тысяч детей до 14 лет состоят на «Д» учете у невропатолога с этим недугом» [2].

Общепринятое лечение во многих странах основывается на кинезотерапии, педагогической коррекции, ортезировании и применении вспомогательных технических средств. В Казахстане и, в частности, на базе Национального центра детской реабилитации все эти методы лечения применяются, более того, проводится комплексная реабилитация с использованием всех кинезотерапевтических инновационных методов реабилитации. Современная мультидисциплинарная реабилитации подразумевает индивидуальный подход к пациенту. Войта-терапия, широко используемая в ведущих реабилитационных клиниках Европы, также была внедрена в Центре после его усовершенствования в свете сегодняшнего дня. Первым, кто определил методику рефлексолокомоции является чешский невролог

Вацлав Войта, занимавшийся долгие годы реабилитацией детей с ДЦП. Данная методика проводится при определенных положениях тела путем давления на установленные зоны, при этом у детей вызываются рефлекторные моторные реакции туловища и конечностей. Имеются 9 описанных Войта зон на теле, а также на руках и ногах, чтобы вызвать образцы движений (acromion medialis skapularand, rumpfzone, epicondulus medialis humeri, processus styloideus radii, aponeuroses musculis glutaesus medius, spina iliaca anterior superior, epicondulus medialis femoris, processus lateralis tuberis calcanei). Через комбинацию различных зон и чередование надавливания и растягивания активизируются оба рефлекса локомоции.

Усовершенствование данной методики и первые положительные результаты стали основой для ее внедрения в сферу реабилитологии, позже названной по автору «Войта-терапией».

Основами данной методики является формирование «врожденных образцов движения» с последующим развитием их в полноценные двигательные реакции. Причем Войта-терапия рассчитана таким образом, что постепенно, переходя от простого движения к более сложному, моторные навыки больного ребёнка доводятся до моторных возможностей здоровых детей его возраста.

Цель: повышение эффективности реабилитационных мероприятий в лечении двигательных нарушений.

Материалы и методы

Важным этапом применения данной методики является Войта-диагностика, которая позволяет выявить функциональные патологии на ранней стадии развития младенца и своевременно провести коррекцию психофизических изменений новорождённых.

Основная задача методики — формирование двигательных навыков, соответствующих возрасту ребёнка. Для этого используют рефлекс ползания и рефлекс поворота. Их основные феномены имеют влияние на управление телом в целом, его вертикализацию и возможность передвижения. Оба двигательных комплекса содержат элементарные компоненты передвижения: автоматическое управление равновесием при движении («постуральное управление»), выпрямление тела против силы тяжести и целенаправленные хватательные и шаговые движения конечностей («фазовая подвижность»). Благодаря терапевтически возможному выстраиванию функций осанки и поведения в ЦНС, улучшенный уровень движения может удерживаться в течение дня. Управление осанкой и движением, активизируемое в терапии, является одной из важнейших предпосылок для любой спонтанной коммуникации.

Войта-терапия как метод реабилитации детей с двигательными нарушениями может быть реализован при частом повторении упражнений в течение длительного времени (3-4 раза в день по 20-30 минут на протяжении не менее одного года), и потому рассчитан на интеграцию родителей в процесс реабилитации [3]. Родители проходят период обучения в Центре реабилитации под руководством специалиста Войта-терапевта с дальнейшим проведением упражнений дома. Войта-терапевт периодически проводит коррекцию комплекса упражнений во время консультаций или повторных курсов реабилитации.

В филиале КФ «УМС» Национальный центр детской реабилитации внедрена

методика элементов Войта-терапии.

Для оценки эффективности Войта-терапии с июля по ноябрь 2016 года было взято 16 пациентов в возрасте от 1 года до 5 лет.

Как видно из диаграммы 1, из них 14 пациентов составляли дети с детским церебральным параличом (87,5%), 2 пациента с врожденным пороком развития центральной нервной системы (12,5%). 10 детей (63%) имели спастический синдром со средним показателем 3,5 балла по шкале Ашуорта, остальные 6 (37%) - дети с вялым синдромом. Кроме того, согласно классификации больших моторных функций GMFCS, 12 детей (75%) соответствовали 5-му уровню, 4 пациента (25%) – 4-му уровню. По шкале больших моторных функций GMFM средний показатель до лечения составлял 8,7%. Проведен курс комплексной реабилитации с применением традиционной кинезотерапии, гидрокинезотерапии, физиотерапии и элементов Войта-терапии.

Результаты

Анализ оценки данных свидетельствует о том, что у 16 детей по шкале GMFM на момент поступления средний показатель составлял 8,7%, а после проведения реабилитации с применением элементов Войта-терапии - 10,7 %. Таким образом, показатель улучшения составил 2% (диаграмма 2). Данный показатель свидетельствует о том, что тенденция к более полному улучшению функций наблюдается когда в процессе реабилитации были применены элементы Войта-терапии с активным использованием раздражения *rumpfzone*, *spina iliaca anterior superior*, *epicondulus medialis femoris*, *processus lateralis tuberis calcanei*. А также комбинация различных зон и чередование надавливания и растягивания.

По двигательным навыкам 5(31%) детей начали переворачиваться, 3 (18%) детей улучшились навыки ползания, у 6 (37%) пациентов отмечены более свободные движения головой, облегчились сосательные, глотательные и жевательные движения.

Оценка пациентов по шкале спастичности Ашуорта не дала достоверных результатов по влиянию методики Войта-терапии на спастичность в связи с кратковременным периодом реабилитации и малой частотой занятий в день.

Выводы

Опыт применения элементов данной методики показал необходимость дальнейшего изучения эффективности при более длительном периоде применения с охватом большего числа пациентов, а также в комбинации с другими методами кинезотерапии (Бобат, PNF и др.).

Литература:

1. Принцип Войты. Игра мышц при рефлекторном поступательном движении и в двигательном онтогенезе.//Вацлав Войта, Аннегрет Петерс. Издательство "Springer". Москва. 2014. – С. 118.
2. Детский церебральный паралич: формы, клиника и реабилитация в поздней резидуальной стадии. Алматы. 2003. – С. 5.
3. Принцип Войты. Игра мышц при рефлекторном поступательном движении

пациента с врожденным пороком развития центральной нервной системы (12,5%). 10 детей (63%) имели спастический синдром со средним показателем 3,5 балла по шкале Ашуорта, остальные 6 (37%) - дети с вялым синдромом. Кроме того, согласно классификации больших моторных функций GMFCS, 12 детей (75%) соответствовали 5-му уровню, 4 пациента (25%) – 4-му уровню. По шкале больших моторных функций GMFM средний показатель до лечения составлял 8,7%. Проведен курс комплексной реабилитации с применением традиционной кинезотерапии, гидрокинезотерапии, физиотерапии и элементов Войта-терапии. Результаты: Анализ оценки данных свидетельствует о том, что у 16 детей по шкале GMFM на момент поступления средний показатель составлял 8,7%, а после проведения реабилитации с применением элементов Войта-терапии - 10,7 %. Таким образом, показатель улучшения составил 2%. Оценка пациентов по шкале спастичности Ашуорта не дала достоверных результатов по влиянию методики Войта-терапии на спастичность в связи с кратковременным периодом реабилитации и малой частотой занятий в день.

Выводы: Опыт применения элементов данной методики показал необходимость дальнейшего изучения эффективности при более длительном периоде применения с охватом большего числа пациентов, а также в комбинации с другими методами кинезотерапии (Бобат, PNF и др.).

Ключевые слова: реабилитация - детский церебральный паралич – Войта-терапия.

ТҮЙІНДЕМЕ

Войт – терапиясынын пайдалану

Жылкыбаев Ғ.Л.

**"УМС" Корпоративтік қорының Балаларды оңалтудың
ұлттық орталығы филиалы г. Астана**

Мақсаты: Қозғалыстың бұзылуын емдеуде оңалту шараларының тиімділігін арттыру.

Әдістері: Жастары 1 жастан 5 жасқа дейінгі 16 емделушіге оңалту жүргізілді, олардың ішінде 14 емделушінің балалардың церебральды сал ауруы (87,5%), екі емделушінің орталық жүйке жүйесінің туа біткен ақауы бар (12,5%), 10 балада (63%) Ашуорт шкаласы бойынша 3,5 баллдық орташа көрсеткішті түйілу синдромы бар, қалған 6 бала (37%) солғын синдромды. Бұған қоса, GMFCS үлкен моторлық қызметтер классификациясына сәйкес, 12 бала (75%) 5-ші деңгейге, 4 емделуші (25%) – 4-ші деңгейге сәйкес болды. GMFCS үлкен моторлық қызметтер шкаласы бойынша емделуге дейінгі орташа көрсеткіш 8,7% құрады. Дәстүрлі кинезиотерапия, гидрокинездік терапия, физио терапия және Войта-терапияның элементтерін қолданған кешенді оңалту курсы жүргізілді.

Нәтижесі: Мәліметтерді бағалау сараптамасы көрсеткендей, 16 баланың емделуге түсу кезінде GMFM шкаласы бойынша орташа көрсеткіші 8,7% құраса, Войта-терапия элементтерін қолданған оңалту жүргізілгеннен кейін 10,7 % болды. Осылайша, жақсару көрсеткіші 2% құрады. Емделушілерді Войта-терапия әдісінің

спастикағаәсерін түйірудің Ашуорт шкаласы бойынша бағалау оңалту кезеңінің қысқа мерзімді болуына және күнделікті айналысу жиілігінің аздығына байланысты шынайы нәтижелер бермеді.

Қорытындылар: Аталмыш әдістің элементтерін қолдану тәжірибесі әдістің тиімділігін зерттеуді әрі қарай, қолдану кезеңін ұзарту, емделушілер санын көбейту, сонымен бірге кинезотерапияның (Бобат, PNF және басқа) әдістерімен ұластыру арқылы жалғастыру қажеттігін көрсетті.

Түйінді сөздер: оңалту – балалар церебральды сал ауруы – Войта-терапия.

SUMMARY

Use of Voyta - therapy

Zhilkibaev G.L.

The branch of Corporate Fund "UMC" is "National Center of child's rehabilitation" Astana

Results: The analysis of assessment data indicates that 16 children had average 8.7% on GMFM scale at the time of admission, and after the rehabilitation with elements of Reflex locomotion- 10.7%. Thus, the improvement rate was 2%. Evaluate patients at Ashworth spasticity scale did not give reliable results on the influence of methods of Reflex locomotion on spasticity due to the short period of rehabilitation and low frequency of sessions per day.

Conclusions: The experience of the elements of this methodology has shown the need for further study of the efficacy for longer period of application, covering a larger number of patients, as well as in combination with other methods of Kinesitherapy (Bobath, the PNF, etc.).

Keywords: rehabilitation - cerebral palsy - Reflex locomotion

УДК: 373.1 (574)

ИНКЛЮЗИВТІ БІЛІМ БЕРУ ЗАМАН ТАЛАБЫ

Ауесханова Г. С., Аширова М. О.
«УМС» Корпоративтік қорының
Балаларды оңалтудың ұлттық орталығы филиалы.
Астана қаласы

Қазіргі таңда инклюзивті білім беру маңызды орынға ие. Ол дегеніміз – жалпы білім беретін мектептерде ақыл – ой дамуында ауытқулары бар және психиалық дамуы тежелген оқушылардың білім алуы. Әрбір оқушына жеке тұлға деп танып, оған сапалы білім беру заман талабы. Балаларды оңалтудың ұлттық орталығында әрбір мүмкіндігі шектеулі оқушының даму деңгейі мен жас ерекшелігі ескеріліп білім берілуде. Біздің еліміздің әрбір аймақтарында мүмкіндігі шектеулі балаларға білім беруді қолдау негізінде жалпы білім беретін мектептерде түзете – дамыта оқыту сыныптары бар. Бұл сыныптың мақсаты: сыныптағы мүмкіндігі шектеулі оқушыларды бір сыныпқа топтастырып, әр оқушыға жеке сыныбы мен оқу бағдарламасына сай білім беру. Бұл сыныптар ашылған кезінде біраз қиыншылықтарға ұшырады. Олар: бұл сыныпта әртүрлі сыныптардан жиналған балалар оқиды, ол оқушылардың жас ерекшеліктері әртүрлі болғандықтан әр сыныпқа өзінің сыныбына сәйкес білім берілу керек, білім беру бағдарламасы әртүрлі.

Инклюзив - сөзі латын тілінен аударғанда «өзімді қосқанда» ал, ағылшын тілінен аударғанда «араластырамын» деген мағынаны білдіреді.

Инклюзивті білім берудің мақсаты – адамның тіліне, жынысына, дініне, шыққан тегіне қарамай барлығына бірдей білім беру, яғни мүмкіндігі шектеулі балаларды қалыпты балалармен бірге оқытып, білім беру.

Инклюзивті оқыту біріктірілген және жартылай қарапайым топтарда жүргізіледі. Біріктірілген, яғни бала қалыпты балалармен бірге оқиды. Жартылай қарапайым топтарда өткізіледі. Инклюзивті оқытудың негізі балалардың қандай да бір дискриминациясын жоққа шығару, барлық адамдарға деген теңдік қатынасын қамтамасыз ету. Инклюзивті оқыту – оқушыларды тең жағдайда оқытып, олардың бірге серуендеп, мерекелер мен сайыстарға қатысып, жеке істермен айналысуға көмектеседі. Инклюзивті білім беру балалардың оқу үрдісіндегі қажеттіліктерін қанағаттандырып, оқыту мен сабақ берудің жаңа бағытын өңдеуге талпынады. Инклюзивті оқыту балалардың ерекшеліктерін ескере отырып, олардың қалыпты балалармен бірге білім алып, топта жұмыс жасап, өздерін қалыпты сезініп, өз құқықтары туралы ақпарат алып, білім алуларына жағдай жасайды.

Инклюзивті білім берудің негізгі принциптері:

Адам құндылығы оның мүмкіндігіне қарай қабілеттілігімен, жеткен жетістіктермен анықталады;

Әрбір адам сезуге және ойлауға қабілетті;

Әрбір адам қарым қатынасқа құқылы;

Барлық адам бір-біріне қажет;

Білім шынайы қарым-қатынас шеңберінде жүзеге асады;
Барлық адамдар құрбы-құрдастарының қолдауы мен достығын қажет етеді;
Әрбір оқушы үшін жетістікке жету-өзінің мүмкіндігіне қарай орындай алатын әрекетін жүзеге асыру;

Жан-жақтылық адам өмірінің даму аясын кеңейтеді.

Инклюзивті білім беру балалардың өздерін бір сыныпта қалыпты балалармен бірге білім алып, олармен сұхбаттасып, өздерін еркін сезініп, оқуда жетістіктерге жетуге ықпал етеді. Инклюзивті оқытуды ашқан мектептерде оқыған балалар адам құқығы туралы білім алуға мүмкіншілік алады. Өйткені, олар бір-бірімен қарым-қатынас жасауға, танып-білуге, қабылдауға үйренеді.

Қазіргі таңда барлық әлем жұртшылығының назарын аударып отырған мәселе балалардың жеке сұраныстары мен ерекшеліктеріне ортаның, отбасының қатысуымен білім беру үрдісіне толық қосуды қарастыратын инклюзивті білім беру. Осы жаһандық мәселеге әлем ғалымдары мынадай анықтама береді: инклюзивтік білім беру дегеніміз - барлық балаларды, соның ішінде мүмкіндіктері шектеулі балаларды жалпы білім үрдісіне толық енгізу және әлеуметтік бейімдеуге, жынысына, шығу тегіне, дініне, жағдайына қарамай, балаларды айыратын кедергілерді жоюға, ата-аналарын белсенділікке шақыруға, баланың түзеу-педагогикалық және әлеуметтік мұқтаждықтарына арнайы қолдау, яғни, жалпы білім беру сапасы сақталған тиімді оқытуға бағытталған мемлекеттік саясат. [1]

Инклюзивті білім беру мәселесі шет елдерде 1970 жылдан бастау алады, ал 90 жылға қарай АҚШ пен Еуропа өздерінің білім беру саясатына осы бағдарламаны толық енгізді. Ал, біздің елімізде инклюзивті білім беру жүйесінің дамуы туралы ресми дерек «Қазақстан Республикасының Білім беруді дамытудың 2010-2020 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасында» көрсетілді.

Инклюзивті оқыту арқылы барлық балалардың мұқтаждықтарын ескеріп, ерекше қажеттіліктері бар балалардың білім алуын қамтамасыз ететін жалпы білім үрдісін дамытуға болады. Мұндай оқыту түрі арнаулы білім беру жүйесінде дәстүрлі түрде қалыптасқан және даму үстіндегі формаларды ығыстырмайды, қайта жақындатады. Инклюзивті бағыт арқылы мүмкіндігі шектеулі балаларды оқуда жетістікке жетуге ықпал етіп, жақсы өмір сүру мүмкіншілігін қалыптастырады.

Сонымен қорыта айтқанда, инклюзивті оқыту – оқушылардың бір – бірімен бірлесе жұмыс жасауларын, құқықтарының теңдігін анықтап, адамдармен қарым – қатынасына қажетті қабілеттілікті дамытуға мүмкіндік береді. Инклюзивті білім бере отырып, оқушыларды адамгершілікке, қайырымдылыққа тәрбиелейміз.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Дефектология. 2016 жыл, №3
2. Специальное образование в Казахстане 2012 г. №3

ТҮЙІНДЕМЕ

ИНКЛЮЗИВТІ БІЛІМ БЕРУ ЗАМАН ТАЛАБЫ

Ауесханова Г. С., Аширова М. О.
«УМС» Корпоративтік қорының
Балаларды оңалтудың ұлттық орталығы филиалы.
Астана қаласы

Мақалада Қазақстан Республикасындағы инклюзивті білім берудің факторлары мен әдістері және да инклюзивті білім берудің қажеттілігі көрсетілген.

РЕЗЮМЕ

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ТРЕБОВАНИЕМ ВРЕМЕНИ

Ауесханова Г. С., Аширова М. О.
Филиал корпоративного фонда «УМС» Национальный центр детской
реабилитации

В статье изложены факторы и методы инклюзивного образования в Республике Казахстан и приоритеты инклюзивного образования.

SUMMARY

INCLUSIVE EDUCATION IS THE REQUIREMENT OF TIME

Aueshanova G. S. Ashirova M. O.
Branch of the corporate stock "UMC" National center of children's rehabilitation

The article outlines the factors and methods of inclusive education in the Republic of Kazakhstan and the priorities of inclusive education.

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ В УСЛОВИЯХ ЖАМБЫЛСКОГО ОБЛАСТНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «МАТЕРИНСТВО И ДЕТСТВО»

**Карибаева Д.Ж., Азимкулова Г.М.
Жамбылский областной реабилитационный центр
«Материнство и детство» г.Тараз**

Ключевые слова: здоровье, мать и ребенок, реабилитационная помощь беременным женщинам и детям, релаксотерапия, экстрагенитальная патология, охрана репродуктивного здоровья, здоровый образ жизни.

Здоровье населения Республики - высшая национальная ценность и возрождение нации должно начинаться именно со здоровья, в первую очередь детей. Изучение проблем здоровья детей в наше время приобретает особую актуальность. Проблемы детского здоровья нуждаются в новых подходах, большую помощь в этом вопросе оказывает профилактическая работа, которая позволяет формировать, сохранять, укреплять зорвое ребенка, гармонично развивать личность.

Если ребенок здоров, все остальное кажется решаемым и не таким сложным. Мать и ребенок неразделимы, поэтому здоровье ребенка зависит от здоровья матери, а здоровье взрослого человека напрямую связано с его здоровьем в детстве.

Во все времена в нашей стране самое пристальное внимание и забота уделяются вопросу здоровья матери и ребенка. Созидающая роль матери, позитивные жизненные ориентиры детей - это те основы, без которых невозможно укрепление престижа семьи, духовное возрождение общества, формирование гражданских институтов, полноценное развитие государства.

В рамках выполнения государственной программы развития здравоохранения РК «Денсаулык» на 2016-2020 годы от 15 января 2016 года № 176 большое внимание уделяется оздоровлению беременных женщин, детей, вопросам планирования семьи. Проводимая в стране социальная политика способствует тому, чтобы женщины смогли воплотить свое предназначение-вырастить и воспитать здоровых и счастливых детей.

На страже здоровья матери и ребенка стоит и областной реабилитационный центр «Материнство и детство», который был открыт в 1996 году для оказания реабилитационной помощи в позднем восстановительном периоде течения заболевания в зависимости от нозологии, степени тяжести состояния пациента, согласно клиническим протоколам по реабилитации, одобренными Экспертной комиссией. Реабилитационная помощь оказывается беременным женщинам и детям, преимущественно из отдаленных сельских районов, малообеспеченных и многодетных семей. Отличительной чертой нашего Центра является совместное пребывание матери и ребенка, что создает благоприятный психоэмоциональный покой и одновременно решает медицинские, социальные и экономические проблемы.

Центр является единственным в Казахстане, где оздоравливаются беременные

женщины с детьми круглосуточным пребыванием. Курс оздоровления 19 дней, в год 17 заездов.

Он рассчитан на 150 коек, из них 70 коек - отделение реабилитации беременных и 80 коек - детское отделение.

У нас созданы все условия для полноценного лечения и отдыха. Чистый воздух, обилие зеленых насаждений и уютные палаты на двоих, игровые комнаты для детей, комната релаксации - все это благоприятно влияет на здоровье пациентов. Пациенты получают сбалансированное, калорийное, диетическое, шестизразовое питание. Питание витаминизировано. Круглый год овощи и соки, а в летний и осенний периоды - фрукты, кумыс - слабый, однодневной зрелости.

Для оказания комплексной реабилитации создана мультидисциплинарная команда в составе врача- координатора, физиотерапевта, инструкторов

ЛФК, психологов, эрготерапевта, медсестры по уходу, массажистки, имеющих подготовку по медицинской реабилитологии. Так же работают следующие диагностические и лечебные подразделения: физиотерапевтическое отделение, кабинет лечебной физкультуры, кабинет мануальной терапии, массажные кабинеты, кабинет ингаляции, кабинет кислородного коктейля и кислородотерапии, кабинет иглорефлексотерапии, водолечебница (ванны, подводный массаж), душевая кафедра, клиническая лаборатория, кабинет УЗИ, кабинет психологов, кабинет шунгитотерапии, кабинет кинезотерапии (сухой бассейн), кабинет релаксотерапии для беременных женщин (релакс- сон). Релаксотерапия способствует улучшению самочувствия, сна, нормализации артериального давления.

Главными задачами центра являются:

- проведение полного комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, восстановительного лечения на современном уровне с учетом характера патологии, возраста и индивидуальных особенности пациента;
- проведение полного комплекса реабилитационных мероприятий среди беременных женщин и матерей по уходу с учетом имеющейся патологии;
- пропаганда среди родителей и детей здорового образа жизни;
- закаливание детей, стимуляция адаптационных и иммунологических возможностей детского организма с использованием природных и физических лечебных факторов.

В настоящее время отбор беременных женщин и детей на оздоровление осуществляется врачами поликлиник. Работаем также в тесном контакте с перинатальными центрами и другими областными и городскими лечебными организациями, а так же участвуем в проведении УЗИ скринингового обследования беременных женщин находящихся в нашем центре.

Для реабилитации в центр «Материнство и детство» направляют женщин фертильного возраста с 15 до 49 лет, в том числе беременных с момента взятия на учет и до 32-х недель беременности с экстрагенитальной и акушерской патологией.

Показаниями для госпитализации являются следующие виды экстрагенитальной патологии:

- анемия I и II степени;

- заболевания почек в период ремиссии;
- заболевания сердечно - сосудистой системы без нарушения кровообращения;
- заболевания органов дыхания вне обострения;
- заболевания желудочно - кишечного тракта вне обострения.

Показаниями для госпитализации беременных с акушерской патологией являются:

- плацентарная недостаточность;
- привычное невынашивание без угрозы прерывания беременности.

Реабилитация и лечение девочек-подростков с гинекологической патологией проводится по направлению детского акушера-гинеколога.

Для оздоровления в центр направляются дети до 18-ти лет со всеми нозологическими формами заболеваний, нуждающихся в реабилитации:

- ЧБД (часто и длительно болеющие);
- бронхолегочная патология вне обострения;
- анемия I и II степени;
- перинатальное поражение ЦНС;
- заболевания сердечно-сосудистой системы без нарушения кровообращения;
- заболевания мочеполовой системы вне обострения;
- заболевания желудочно-кишечного тракта вне обострения.

Основная задача Центра в оздоровлении матери и ребенка посвящена исключительно важной теме - повышению эффективности мер по охране репродуктивного здоровья путем внедрения новой организации реабилитационной помощи матери и ребенка.

Теперь, спустя 21 год, с полным основанием можно сказать, что центр оправдывает свое назначение. За это время здесь отдохнули и поправили свое здоровье более 43 тыс. человек, 45% из них дети, 13% - матери, ухаживающие за детьми и 43% беременные женщины.

Таким образом, на деле реализуются программа «Здоровья мама - здоровый ребенок - здоровая нация». Родители и дети прошедшие курс лечения в центре становятся более грамотными, благодаря усиленной работе по пропаганде здорового образа жизни, правильного воспитания развития личности, формирования ответственности за восстановление здоровья. Эту функцию специалисты нашего центра взяли на себя.

Словом, наш центр выполняет доброе и очень нужное для государства дело - улучшает генофонд нации. А что может быть важнее в условиях критической демографии.

Литература:

1. Государственная программа развития здравоохранения РК «Денсаулык» на 2016-2020 годы от 15 января 2016 года № 176
2. Изучение эффективности санаторно-курортной реабилитации беременных женщин с экстрагенитальной патологией на славянском курорте (с 12.07.2006 г. по 12.01.2007 г.) Пиляев В.В., Петренко Л.Н., Деревянко В.Г., Дзалаева В.А.
3. Книга «Физическая реабилитация» под редакцией проф. С.Н.Попова, 2005 г. стр. №20.

РЕЗЮМЕ

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ В УСЛОВИЯХ ЖАМБЫЛСКОГО ОБЛАСТНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «МАТЕРИНСТВО И ДЕТСТВО»

Карибаева Д.Ж, Азимкулова Г.М.

В статье рассматриваются аспекты деятельности по повышению эффективности репродуктивного здоровья семьи путем внедрения новой организации реабилитационной помощи матери и ребенку.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖАМБЫЛ ОБЫЛЫСЫНДАҒЫ «АНА МЕН БАЛАНЫ» РЕАБИЛИТАЦИЯЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫНДА АНА МЕН БАЛАҒА РЕАБИЛИТАЦИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ КӨРСЕТУ

Карибаева Д.Ж, Азимкулова Е.М.

Мақалада ана мен балаға реабилитациялық көмекті жаңаша ұйымдастыруды енгізу жанұяның репродуктивті саулығын жоғарылату мәселесі ретінде қарастырылатындығы жайлы айтылады.

SUMMARY

REHABILITATIVE CARE OF MOTHER AND CHILD UNDER ZHAMBYL REGIONAL REHABILITATION CENTER «MOTHERHOOD AND CHILDHOOD»

Karibayeva D. Zh., Azimkulova G. M.

The article deals with the aspects of the effectiveness of reproductive health of the family by introducing a new organization of rehabilitation service for mother and child.

Информационное письмо

Глубокоуважаемые коллеги!

«Национальный центр детской реабилитации» Корпоративного Фонда «University Medical Center» г. Астана является ведущим реабилитационным учреждением в Республике Казахстан.

Центр планирует проведение V Международной научно-практической конференции "Приоритетные направления реабилитологии и курортологии", посвященной 10-летию Центра.

В Конференции примут участие руководители и ученые-специалисты ведущих реабилитационных центров, санаторно-курортных учреждений, фирмы-производители медицинского и специализированного оборудования, фармацевтические компании, представители здравоохранения и туристического бизнеса из Казахстана России, Украины, Литвы, Латвии, Китая, Кореи, Израиля, Австрии, Германии, Франции, Италии, Кубы, Тунис и др.

Конференция состоится 21-22 сентября 2017 года в г. Астане.

Просим Вас, принять участие в V Международной научно-практической конференции и дать ответ об участии до 1 августа 2017 года.

Принимаются статьи на английском, русском, казахском языках с обязательным резюме на 3- языках, стоимость одной страницы – 500 тенге.

По всем вопросам обращаться в оргкомитет: Оспанова Ш.К., 87022013495, 87172511-548; Кусаинова К.К. 87016532320, 87172511565, электронный адрес: ao_rdrc@mail.ru

Банковские реквизиты для оплаты материалов конференции

Столичный филиал АО «Цеснабанк»

БИК: TSESKZKA

БИН 040741000057

KZ37998BTV0000313991

Ассоциация реабилитологов и курортологов

С уважением, оргкомитет

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 высылается, 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.

Уважаемые коллеги!

ОО «Ассоциация реабилитологов
и курортологов проводят
5-ую международную научно-практическую
конференцию "Приоритетные направления
реабилитологии", которая состоится
21-22 сентября 2017 года.

За дополнительной информацией обращайтесь
по телефону: 511-548, 511-565,
e-mail: ao_rdrc@mail.ru



**Приглашаем в
Филиал Корпоративного
фонда «УМС»
Национальный центр детской
реабилитации 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
сфере, речевыми нарушениями**

ISSN 2222-2014

03



9 772222 201114