

**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН
МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «ПАЖӢҲИШГОҲИ ЭКСПЕРТИЗАИ ТИББИЮ ИҶТИМОИ
ВА ТАВОНБАХШИИ МАӢЮБОН»**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ»**

**МАВОДИ КОНФРОНСИ ИЛМӢ-АМАЛӢ БО
ИШТИРОКИ КОРШИНОСОНИ БУРУНМАРЗӢ ДАР
МАВЗӢИ «РАВАНДИ МАӢЮБШАВИИ КӢДАКОН
ДАР ТОҶИКИСТОН: ВАЗӢИЯТ, ДАСТОВАРДҲО,
МУШКИЛОТ ВА ОЯНДАБИНИ. ТАВҚИЯТИ ШАРИКӢ
ВА ҲАМКОРӢ ДАР САМТИ МАӢЮБИИ КӢДАКОН»**

**МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
НА ТЕМУ «ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ В
ТАДЖИКИСТАНЕ: СОСТОЯНИЕ, ДОСТИЖЕНИЯ,
ПРОБЛЕМЫ И ВИДЕНИЕ БУДУЩЕГО. ПАРТНЕРСТВО
И СОТРУДНИЧЕСТВО В НАПРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ С
ИНВАЛИДНОСТЬЮ»**

ЗАМИМА №4

ПРИЛОЖЕНИЕ №4

ДУШАНБЕ - 2022

E-mail: zdravoh.tj@mail.ru
Web site: www.zdrav.tj

Отдел рекламы:
Тел: +992 933751075

Художественный редактор
М.Ф. Мусоева

Технический редактор
А.А. Мурадов

Художественный редактор
А.А. Мусоев

Переводчик
Т.Р. Халимова

Зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан № 0032/МЧ-97, от 27.12.17 г.

Учредитель: Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ.

Регистрационный номер в государственной регистрации информационного ресурса Республики Таджикистан 34-02.1.085 tj

Индексы по каталогу «Почтаи тоҷик».

77693 – для индивидуальных подписчиков.

77694 – для предприятий и организаций.

Подписано в печать 15.12.2022. Формат 60x84^{1/8}. Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Times New Roman Tj. Усл. печ. л. 13,0. Тираж 120 экз.

ООО «Сифат-Офсет»
г. Душанбе, улица
Гастелло 6 пр. дом. 9

Мухаррир
Азизов З.А. - н.и.т.

Аъзоёни Шӯрои таҳририя

Мағзумова Ф.П. – н.и.т., котиби масъул
Абдуллозода Ҷ.А. – Академики АБЭБХ, д.и.т., профессор, Вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
Мухсинзода Ғ.М. – Муовини вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҶТ
Шодиҳон Ҷамшед – Муовини вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҶТ
Владимирова О.Н. – д.и.т., профессор, ректори “Муассисаи давлатии бучавии федералии таълимии касбҳои иловагии Донишқадаи баъдидипломии духтурони эксперти Санкт-Петербург”-и Вазорати меҳнат ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Федератсияи Россия
Ғоибов А.Ғ. – д.и.т., профессор
Қурбонов С.С. – д.и.т., профессор
Раҷабзода С.Р. – д.и.т., профессор
Набиев З.Н. – д.и.т., профессор
Иқромов Т.Ш. – д.и.т., профессор
Бандаев И.С. – д.и.т.,
Рузиев М.М. – д.и.т.
Кузиева Л.С. – н.и.т.
Пулотов К.Ҷ. – н.и.т.

Редактор
Азизов З.А. к.м.н.

Члены редакционного Совета:

Мағзумова Ф.П. – к.м.н., ответственный секретарь
Абдуллозода Дж.А. – д.м.н., профессор, академик МАНЭБ, Министр здравоохранения и социальной защиты населения РТ
Мухсинзода Ғ.М. – Зам.министра здравоохранения и социальной защиты населения РТ
Шодиҳон Ҷамшед – Зам.министра здравоохранения и социальной защиты населения РТ
Владимирова О.Н. – д.м.н., профессор Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (ФГБУ СПбИУВЭК Минтруда России)
Ғоибов А.Ғ. – д.м.н., профессор
Қурбонов С.С. – д.м.н., профессор
Раҷабзода С.Р. – д.м.н., профессор
Набиев З.Н. – д.м.н., профессор
Иқромов Т.Ш. – д.м.н., профессор
Бандаев И.С. – д.м.н.,
Рузиев М.М. – д.м.н.
Кузиева Л.С. – к.м.н.
Пулотов К.Дж. – к.м.н.

**Масъулияти муҳтавои мавод ба души муаллифони
корҳои илмӣ вогузор карда мешавад**

**Ответственность за содержание материала несут
авторы научных работ**

Журнал входит в перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёных степеней доктора и кандидата наук.

Решение президиума Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2014 г. № 43/307.

Адрес редакции:
734067, г. Душанбе, ул. Дехоти, 48 (14 этаж).
Телефон +992 93-375-10-75

© «Нигахдории Тандурустии Тоҷикистон», 2022 г.

Зав. редакцией П.Ф. Зубайдов

О Г Л А В Л Е Н И Е

Шодихон Джамшед. Предисловия	5
------------------------------------	---

СТАТЬИ

Азизов З.А., Одинаева Н.В., Шокирова А.А. Применение модифицированной формы «Твист гимнастики» в реабилитации детей с детским церебральным параличом	7
Галчабекова М.А., Тиллоева З.С., Олимова М., Махмудова Р.И. Организация логопедической работы в учреждениях для детей-инвалидов	10
Шодихон Дж, Азизов З.А., Амиршозода Ш.Т., Гозиев Дж. Управление процессами медико-социальной реабилитации детей-инвалидов	13
Гоибов А.Г., Каюмов Ф.Дж., Азимов Г.Дж., Гозиев Дж.Г. Основные медико-социальные аспекты ожирения и профилактики среди взрослого населения Республики Таджикистан	16
Джоновна Б.Ю., Наргиси С. Анализ некоторых показателей ультразвукового исследования гениталий у женщин перименопаузального возраста	20
Зарипова М.Ч., Шарипова Н.А., Кобилова Б.Х., Мамаджанова Г.С., Вохидов А. Риск влияние инфекций на выхаживании новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела	21
Ибодова З.Х., Алиева З.Дж., Джумаева М.М., Амонуллозода Р.А. Некоторые медико-социальные и экономические аспекты семей, имеющих больных детей – инвалидов в современном Таджикистане	26
Кадамалиева М.Д., Азизова З.М., Пулатова Ш.С. Влияние генитальных инфекции на иммунитет женщин репродуктивного возраста на фоне torsh -инфекции	29
Кадамалиева М.Д., Азизова З.М., Пулатова Ш.С. Влияние воспалительного процесса на бактериальное обсеменение у женщин репродуктивного возраста	32
Касымова Ч., Иброхимов М.И., Кузиева Л.С., Гозиев Дж.Г., Махмудова Д.Ш. Реабилитация детей - инвалидов в специализированном центре «Чорбог»	34
Косимов М.М. Организация работы по реабилитации пациентов с врожденными расщелинами губы и нёба	36
Кузиева Л.С., Одинаева Н.В., Махмудова Р.И., Махмудова Д.Ш. Особенности реабилитации детей инвалидов в стационарных условиях на примере ГУ НИИ МСЭРИ	41
Кузиева Л.С., Магзумова Ф.П. Физическая терапия как один из эффективных методов реабилитации больных и инвалидов	43
Курбанов Н.Т., Джабиров Ш.С., Бабаева Б.Р., Мадобидов А.С. Социально – эпидемиологические особенности и меры профилактики инфекций, передающихся половым путем, среди трудовых мигрантов Хатлонской области Республики Таджикистан	46
Шодихон Дж., Магзумова Ф.П., Азизов З.А., Кузиева Л.С., Махмудова Р.И., Одинаева Н.В. Одна из причин детской инвалидности – ДЦП, пути формирования навыков самообслуживания (практические рекомендации)	49
Магзумова Ф.П., М. Сорбон, Пулатов К.Ч. Вазъи кунунӣ ва мушкилоти омодаسازی касбии кормандони иҷтимоӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон	52
Мирзоева С.М., Курбанова Р.Т., Мираков Б.Т. Комплексное лечение последствий полиомиелита у детей	57
Оймахмадов Ҳ.Д., Бегмуродзода С.Б., Одинаева Ф.С., Қурбонзода Қ.Б. Сабабҳои зуроварӣ дар оила нисбати занону кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон	59
Павлова С.В., Сокуров А.В., Ермоленко Т.В., Лорер В.В., Малькова С.В., Ишутина И.С. Ранняя помощь детям и их семьям, путь развития в Российской Федерации	63

Пулотов К.Дж. Особенности диагностики, лечения и реабилитации послеожоговых рубцовых стриктур пищевода у детей	67
Раджабзода С.Р., Джонова Б.Ю., Дустов Дж.Х., Хабибова Ш.А. Обеспечение доступа к качественным услугам сексуального и репродуктивного здоровья для людей, с ограниченными возможностями в период пандемии Covid-19 на уровне сети учреждений ПМСП	69
Рахматуллоева С.И., Шамсов Б.А., Рузиев М.М. Сведения о состоянии питания коррекция элементного статуса школьников в Республике Таджикистана	73
Холмуродова С.Р., Азимова С.А., Дусаева О.М., Подшоева Ш.К., Назарова Ф.Ш. Частота и виды экстраненитальных заболеваний у беременных женщин	75
Шодихон Дж; Абдурахмонзода З.Х. Проблемы современной семьи, имеющей детей с ограниченными возможностями вследствие врожденных аномалий, и её медико-социальной реабилитации (обзор литературы)	78
Шодихон Дж., Ашуров Р.Д., Зокирзода Р.З., Шоева. К.А. Эпилепсия у детей, как последствие перенесенной патологии мозга в перинатальном периоде	84

ТЕЗИСЫ

Абдусаматзода З.М., Набиев З.Н., Юнусова Д.З., Алиева Б.М. Клинико-иммунологические особенности при острых вирусных инфекциях и аспекты вакцинопрофилактики у женщин во время беременности	86
Азимова Н.Н., Шамсудинов Ш.Н. Тағйирёбии мубодилаи моддаҳо ҳангоми сирояти Covid-19	88
Ашуров Р.Д., Набиева Ш.З. Изучение перекисного окисления липидов у детей при эпилепсии	89
Ашурова Г.С., Аминова А.С., Рашидова Ф.И. Гнойно-септических осложнений после операции кесарева сечения и факторов влияющие на их развития	90
Бахадуров Х.Ф., Набиев З.Н., Гафорова С.М. Современные аспекты диагностики острого повреждение почек на фоне тяжёлой пневмонии у детей	91
Каримов С.С., Кадамов Д.С., Рузиев М.М. Влияние изменения климата на переносчиков малярии в Таджикистане	93
Курбанов С.Х., Юнусов И.А., Бегматов Х., Набиев М., Абдулоев М.С. Результаты хирургического лечения спастических деформации нижних конечностей у детей с детским церебральным параличом	94
Курбанов С.Х., Юнусов И.А., Шарипов М.А., Абдулоев М.С., Толибов Ш.М., Сулаймони Н., Набиев М. Современные принципы лечения и реабилитации детей при врожденной косолапости	95
Мадаминава З.А., Хайталиева Н.Р., Умарова М.Н. Анализ злокачественных опухолей костей у детей в условиях детского отделения ГУ Республиканского онкологического научного центра Республики Таджикистан	96
Мадаминава З.А., Умарова М.Н., Хайталиева Н.Р. Проблемы оказания паллиативной помощи детям в Республике Таджикистан	96
Рахматова Р.А., Исмаилов С.С. Закрытые повреждения почек у детей	97
Рахматова Р.А., Зоиров С.Р. Аминов Р.С. Анестезия на основе пропофола с изучением состояние центральной и периферической гемодинамики при пороке развития челюстно-лицевой области у детей	98
Рахматова Р.А., Кодиров А.К., Фатхулоев З.К. Послеоперационного болевого синдрома методом профилактики	100
Холова Б.Т., Сатторова М.Х., Нуриддинова М.К. Роль урогенитальных инфекций в развитии реактивных артритов	102
Худжагелдиева З.У., Азимов Г.Дж., Аминов А.Х., Рахимова Х.К. Состав облигатных представителей микрофлоры кишечника у больных детей с острыми кишечными заболеваниями	102

ПРЕДИСЛОВИЯ

В возрастном реестре стран Таджикистан относятся к молодому государству, так как в структуре его населения преобладает молодой возраст и особенно дети. В связи с этим, политика государства прежде всего направлена на подрастающее поколение. Так в республике неоднократно объявлялись “годы молодых”, постоянно выделяются квоты, особенно для девушек из дальних регионов, для поступления в ВУЗы республики, проводятся встречи Президента с молодежью. Отсюда вытекает, что состояние здоровья преимущественно молодого населения Таджикистана, даже в труднейшие годы для страны всегда находилось в поле зрения государства. В последнее время приоритетное значение придается проблеме оказания детям с ограниченными возможностями адекватной помощи, которая принадлежит к числу наиболее важных и актуальных задач правового и социального государства.

Новым импульсом к решению и активизации деятельности по проблемам детской инвалидности в Таджикистане, явился принятый в 2010г. Закон Республики Таджикистан “О социальной защите инвалидов”, в котором определены правовые, экономические и организационные условия, гарантирующие право лицам с ограниченными возможностями и в частности детям в интеграции их в современное таджикское общество. Его огромным достоинством стало соответствие с международными документами по правам и социальной защите лиц с инвалидностью, нашедших яркое отражение в Конвенции о правах ребенка, принятой резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций от 20 ноября 1989 года.

Следует отметить, что при непосредственной поддержке и инициативе Президента страны по присоединению Таджикистана к Конвенции ООН о правах инвалидов был принят Указ «О подписании текста Конвенции о правах инвалидов» от 2 февраля 2018 года. В соответствии с указом 22 марта 2018 года в рамках открытия мероприятия, посвященного началу Международного десятилетия действий «Вода для устойчивого развития, 2018-2028 годы» Президент страны в здании Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке, подписал Конвенцию Организации Объединенных Наций «О правах инвалидов».

Конвенция ООН о правах инвалидов была принята этой организацией 13 декабря 2006 года и получила юридическую силу 3 мая 2008 года после признания ее 20 государствами. Присоединение Республики Таджикистан к Конвенции ООН о правах инвалидов, прежде всего, является политической волей Президента Республики Таджикистан уважаемого Эмомали Рахмона. Наряду с этим, организационная подготовка соответствующих министерств и ведомств с одной стороны, усилий гражданского общества, особенно общественных объединений инвалидов, с другой стороны, также будет хорошо оценена для постепенной подготовки социально-экономических условий для присоединения Таджикистана к Конвенции о правах инвалидов.

В последние годы власти Таджикистана приняли ряд мер, направленных на улучшение положения инвалидов.

Например, в 2016 году министерством здравоохранения и социальной защиты населения создана рабочая группа по предоставлению услуг раннего выявления и вмешательства; Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы, утвержденным постановлением Правительство республики Таджикистан от 28 октября 2016 года, №455; Национальная стратегия развития образования предусматривает «постепенный перевод детей-инвалидов в общеобразовательные структуры и принятие соответствующих мер по развитию в республике инклюзивного образования»(к 2030 году) и другие.

Существующие законодательные акты касаемые инвалидов рассматривают их как равноправный граждан во всех сферах народного хозяйства и общественно политической жизни и нацеливает их на реализацию своих физических и интеллектуальных возможностей, а так же развитие способностей во благо своей общины на микро-и макроуровнях и в масштабах всей страны. В этой связи работа с инвалидами детского возраста должна переориентироваться в направлении устранения или возможно более полной компенсации ограничений жизнедеятельности вызванных врожденными

или приобретенными нарушениями здоровья со стойкими расстройствами функции организма, а также их социальной адаптации и достижения ими материальной независимостью.

Следует отметить, что Республика Таджикистан, имеет определенный опыт выполнения реабилитационных программ, учитывающих национальные медицинские разработки, традиции и образ жизни населения. Однако в современных реалиях он недостаточен и требует совершенствования за счет интеграции в международные усилия по защите прав инвалидов, прежде всего детского возраста, число которых ежегодно увеличивается на 10%.

При этом следует учесть, что основные проблемы детей инвалидов тесно переплетаются с их психоэмоциональным, физиологическим и интеллектуальным состоянием, а также с развитием человеческого потенциала общества в целом.

В связи с этим надеемся, что на данной конференции будет дан анализ экономических, медицинских, социальных проблем реабилитационной помощи детям-инвалидам, и предложенные медико-социальные научные разработки позволят обобщить существующие барьеры, риски, недостатки и упущения, будут определены тенденции развития комплексов мероприятий по повышению качества жизни детей в различных регионах страны с преимущественным укреплением социального компонента модели общественного здравоохранения.

Сущность содержания представленных в конференции материалов об изменяющиеся ситуации состояния детской инвалидности должны использоваться для разработки секторальной социально-экономической политики в области охраны детского, и тесно связанно с ним материнского здоровья, а также обоснования соответствующей медико-социальной помощи и защиты самых уязвимых слоев населения.

*Заместитель министра здравоохранения
и социальной защиты населения Шодихон Джамишед*

¹Азизов З.А., ¹Одинаева Н.В., ²Шокирова А.А А

ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ФОРМЫ «ТВИСТ ГИМНАСТИКИ» В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

¹ГУ НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Республики Таджикистан

²ГУ Городской центр здоровья №2, г.Душанбе, Республики Таджикистан

Актуальность. Проблемы реабилитации детей с детским церебральным параличом (ДЦП) сегодня определяется прогрессивным ростом заболевания и недостаточно удовлетворительными результатами его лечения медикаментозными методами, особенно среди пациентов с низким уровнем дохода и проживающих в сельской местности.

На сегодняшний момент ДЦП занимает ведущее место в структуре хронических болезней детского возраста. По мировой статистике число больных с этим заболеванием детей составляет 1,7-7 человек на 1000 здоровых, в России эта цифра колеблется в пределах 2,5-5,9. В Таджикистане этот показатель существенно ниже (1.1-2.4 на 1000 здоровых детей), однако в последние годы отмечается увеличение количества больных. При этом заболевание в 1.3 раза чаще встречается среди мальчиков. ДЦП не только относится к наиболее распространенной патологии ЦНС у детей, но и занимает ведущее место (от 30-70%) среди заболеваний, приводящих к инвалидности с детства, причем у 20-35% больных степень ограничения жизнедеятельности настолько значительна, что они не передвигаются и оказываются необучаемыми (1).

ДЦП полиэтиологичен и обусловлен, главным образом, внутриутробной патологией, повреждением мозга во время родов вследствие асфиксии и внутричерепных кровоизлияний. К дородовым этиологическим факторам относят гипоксию плода, различные заболевания матери, в том числе инфекции, воздействие токсических веществ, алкоголизм родителей и др. В постнатальном периоде частой причиной является гемолитическая болезнь новорожденных. Увеличение числа больных связывают не только с ухудшением экологии, но также с прогрессом в перинатальной и неонатальной медицине. Сегодня успешно выхаживают младенцев, рожденных недоношенными, в том числе с весом в 500 грамм, как известно, именно недоношенность является одним из основных факторов риска по ДЦП.

Цель исследования: изучить эффективность «Твист гимнастики» в реабилитации детей с детским церебральным параличом.

Материал и методы исследования. В НИИ экспертизы и реабилитации инвалидов за период с 2018- 2019г. 50 больных с ДЦП, в возрасте от 2 до 8 лет, были включены в план реабилитации адаптированной «Твист гимнастикой».

Результаты и их обсуждение. В настоящее время реабилитация детей с ДЦП строится в основном на физической терапии, это терапия движения. Понятно, что движение занимает в жизни очень важное место, а ребенок, который имеет двигательные проблемы, обязательно должен заниматься движением ежедневно. Родители детей с ДЦП осознают, что физическая терапия эффективна, однако они считают, что этим должны заниматься специалисты инструктор или физиотерапевт. К сожалению, существующая государственная система здравоохранения республики не может охватить всех нуждающихся в реабилитации детей с ДЦП, а получающим лечение, такая возможность выпадает лишь 2-3 раза в год. Понимая важность и необходимость проведения лечения на регулярной основе, родители начинают искать все новые и новые курсы реабилитации при этом сами не проявляют инициативу для овладения техниками реабилитации в домашних условиях. Наш многолетний опыт работы по физической реабилитации детей с ДЦП с использованием различных методик показал, что наиболее эффективным и не сложным в исполнении является «Твист гимнастика» Данная гимнастика была предложена к использованию корейским профессором Пак Дже Ву в 1998 году. Предлагаемый метод основан на гармонизирующих состоянии принципах Твист терапии.

Для объективизации результатов исследования кроме основной группы 50 детей была взята контрольная группа из 45 детей, получавших в течение всего периода наблюдения медикаментозное лечение, массаж и физические процедуры. Кон-

трольная группа формировалась по парному принципу- каждому пациенту группы исследования был случайным образом подобран контрольный пациент со сходными клиническими, прогностическими и возрастными характеристиками (табл. 1)

Таблица 1

Групповые характеристики пациентов

Характеристика	Группа исследования	Контрольная группа
Общее количество пациентов	50	45
Мальчики	32	30
Девочки	18	15
Средний возраст	4,2	4,1
Двойная гемиплегия	11	9
Спастическая диплегия	13	11
Гемипаретическая	18	17
Атонико- аstaticеская	8	8
Средний уровень активности основных психомоторных функций(баллы)	22	24
Средний показатель мышечной силы (баллы)	1,7	1,5

Физическое и психо-эмоциональное состояние пациентов (уровень функциональной активности) оценивались по 100 бальной шкале (табл. 2), характеризующей основные психомоторные функции, обычно используемые для оценки больного в неврологической практике. Невыполнение,

либо полное выполнение каждой функции оценивалось от 0 до 10 баллов. Неполным выполнением функции считается если пациент делает попытки ее выполнения, но самостоятельно не достигает результата и оценивается в 0 баллов. Активность 10 основных психомоторных функций оценивали до и через 1 год после «Твист гимнастики».

Таблица 2

Бальная шкала оценки активности 10 основных психомоторных функций

	Функция	Невыполнение	Выполнение
1	Держание головы	0	10
2	Держание игрушки в руке	0	10
3	Поворачивание с живота на спину	0	10
4	Ползание на животе	0	10
5	Сидение	0	10
6	Стояние	0	10
7	Хожение	0	10
8	Слежение глазами за игрушкой	0	10
9	Понимание обращенной речи	0	10
10	Речь	0	10

Как видно из рисунка 1, в результате проведенной «Твист гимнастики» уровень функциональной активности в основной группе исследования примерно в 3 раза превысил эти значения, в отличие от контрольной группы.

Рисунок 1.

Активность основных психомоторных функций у пациентов до и через 1 год после «Твист гимнастики» (%)

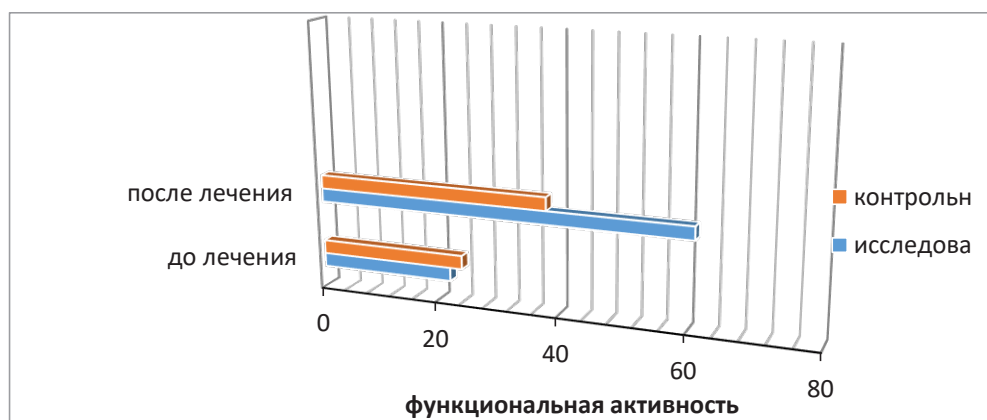


Рисунок 2.

Уровень самообслуживания у пациентов до и через 1 год после «Твист гимнастики» (%)

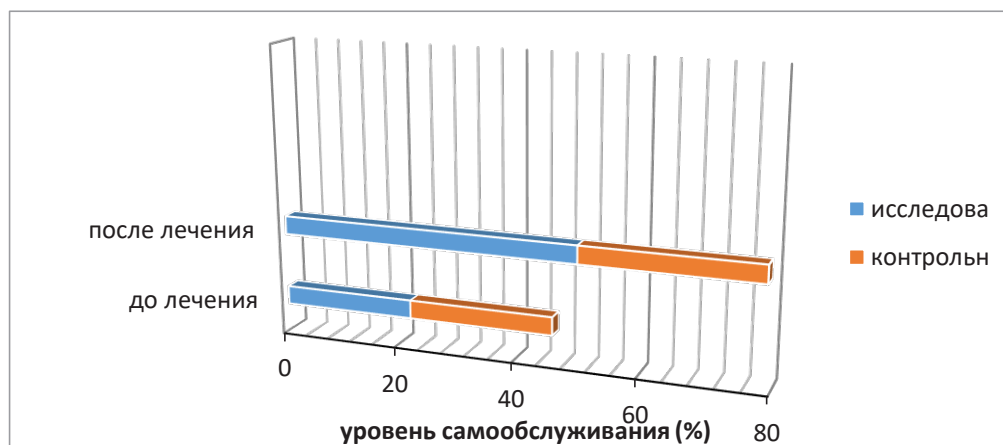
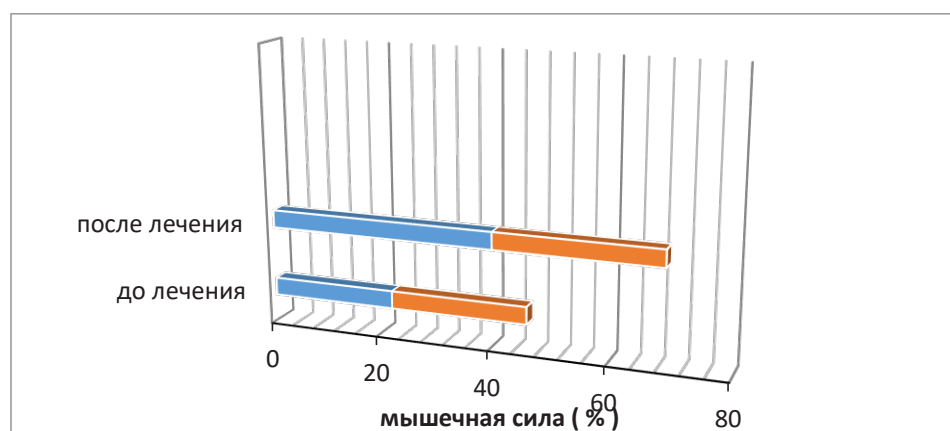


Рисунок 3.

Уровень прироста мышечной силы у пациентов до и через 1 год после «Твист гимнастики» (%)



При этом при оценке уровня самообслуживания больных после «Твист гимнастики» этот уровень в основной группе оказался еще более выраженным, и различие по сравнению с контрольной группой оказалось в 2,3 раза выше (рис. 2).

Полученные данные указывают на то, что прирост функциональной активности в контрольной группе больных в большинстве случаев не достигал достаточного уровня, позволяющего пациенту самостоятельно выполнять ту или иную функцию. При этом функциональный прирост, наблюдаемый у пациентов в основной группе исследования, был столь значимым около 20%, что делал их менее зависимыми от помощи родителей.

Прирост мышечной силы в пораженных конечностях у больных основной группы исследования после лечения оказался в 2 раза выше, чем у пациентов контрольной группы (рис. 3)

При этом за весь период наблюдения, который для некоторых пациентов составил более 3 лет, случаев реверсии клинического эффекта зафиксировано не было.

Выводы:

1. Использование данного метода лечения позволит поменять стереотипное мнение и мировоззрение родителей в вопросах реабилитации их детей специалистами реабилитологами;

2. Повышает ответственность родителей за здоровье своих детей путем активного обучения их методике использования «Твист гимнастики» с активным вовлечением в процесс реабилитации;

3. При этом специалист должен показать и научить родителей, как заниматься с ребенком физической терапией ежедневно.

4. Среди множества существующих методик физической реабилитации детей с ДЦП мы пред-

лагаем наиболее эффективную, простую и доступную в обучении и выполнении родителями «Твист гимнастику».

5. Применение предложенного метода позволяет в короткие сроки, в домашних условиях, без дополнительных финансовых затрат на приобретение тренажеров, физиотерапевтического оборудования, медикаментов, без транспортных расходов значительно улучшить двигательную активность ребенка с ДЦП.

6. Данный метод основан на гармонизации деятельности пораженного и здорового участков мозга: тем самым восстанавливается активность пораженного участка тела, устанавливается длительный психо-эмоциональный контакт матери и ребенка во время «Твист гимнастики» и улучшается качество жизни этого тяжелого контингента больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Барашнев Ю. Неврология новорожденных / Руководство для врачей. М. – 2012, 136 стр.;
2. Бортфельд С.А. Лечебная физкультура при детском церебральном параличе / Методическая руководства для специалистов физиотерапии. М.- 2019, 29 стр.;
3. Губанов В. Войта-терапия для детей / Методическая рекомендация для специалистов физиотерапии. М.- 2020, 45 стр.;
4. Макаров А.Ю. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы / Руководство для врачей. Санкт-Петербург – 2015, 139 стр.;
5. Рахмонов Р.А. Детский церебральный паралич / Руководство для врачей. Душанбе – 2016, 126 стр.;
6. Трипольская И.Л. Соединительнотканый массаж / Руководство для специалистов физиотерапии. М.- 2015, 122 стр.;
7. Яхно Н.И., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы / Руководство для врачей. М.- 2001, 152 стр.

Галчабекова М. А. Тиллоева. З. С., Олимова М., Махмудова Р.И.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

ГУ НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов

Актуальность. Система обследования детей с речевыми нарушениями, её доступность и простота очень важна в комплексном лечении детей с нарушениями речевого развития.

При использовании методик обследования особое внимание должно уделяться простоте обследования, что может существенно упростить сам механизм обследования детей и постановку логопедического заключения

Цель исследования. Улучшение методики комплексной логопедической помощи детей-инвалидов с нарушением речевого развития.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась на базе ГУ НИИ «Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. За коррекционной помощью в НИИ обращается большое количество детей с различными нарушениями развития: детским церебральным параличом, синдромом Дауна, расстройствами эмоционально-волевой сферы, умственной отсталостью, задержками психического и речевого развития, сложными сочетанными дефектами.

Перед началом коррекционных мероприятий,

каждый ребенок проходит медико-психологическое обследование, частью которого является первичное логопедическое обследование. Его данные фиксируются в соответствующих бланках истории болезни приложении к основной карте речевого развития ребенка. При этом схема обследования ребенка включает:

- общий анамнез;
- анатомическое строение артикуляционного аппарата (губы, зубы, язык, прикус, твердое небо, мягкое небо);
- состояние общей и мелкой моторики;
- степени понимания обращенной речи, словарный запас, грамматический строй,
- произношение звуков, характеристика связной речи (в форме лепетания слов, однословного или простого предложения и др.);
- умственное развитие (количественный счет и счетные операции, конструктивная деятельность и простейшие обобщения);
- особенности поведения ребенка в момент обследования (доброжелателен, расторможен, негативизм, эйфория и др.).

Далее, при поступлении ребенка на логопедические занятия, проводится углубленная диа-

гностика речевого развития, производится характеристика собственной речи ребенка и речевое заключение.

За период 2019-2021 годы обследовано и пролечено логопедом всего **1253** детей, по речевым диагнозам было следующее распределение:

Таблица 1

Речевые диагнозы обследованных больных

Наименование болезни	2019	2020	2021
Дизартрия	200	196	200
Дислалия	100	86	92
Задержка психо-речевого развития, задержка речевого развития	100	75	80
Аутизм	6	8	10
Заикание	47	15	38
Всего	453	380	420

Как видно из таблицы основными речевыми диагнозами являются дизартрия, дислалия, задержка психо-речевого и речевого развития, составляя более 80%. При этом динамика развития речи детей также отслеживалась и по другой классификации речевых диагнозов:

Таблица 2

Системное нарушение речи	14,5%
Системное нарушение речи, дизартрия	33,8%
Общее нарушение речи, дизартрия (либо стертая форма дизартрии)	19,4%
ОНР 1 уровня	6,4%;
ОНР 2 уровня	16,1%
ОНР3 уровня	3,2%
Специфическое нарушение речи при синдроме Дауна	4,8%
Общее нарушение речи, заикание	1,6%

Динамика в развитии речи ребенка отслеживалась по следующим параметрам:

1. Формирование эмоционально-положительного отношения к логопедическим занятиям.
2. Понимание обращенной речи.
3. Слоговая структура.
4. Запас общих представлений.

5. Работоспособность.
6. Словарь.
7. Звукопроизношение.
8. Грамматический строй речи.
9. Мелкая моторика.
10. Артикуляционная моторика.
11. Фонематическое восприятие.
12. Связная речь.

Исходя из полученных данных диагностического обследования, определяются актуальные задачи, и разрабатывается индивидуальный маршрут курса речевой реабилитации для конкретного ребенка. По окончании курса, ребенок вновь проходит логопедическое обследование для решения вопроса продолжения и корректировки индивидуального маршрута.

Проследить индивидуально-дифференцированный подход в логопедической работе можно на примере ребенка.

Ребенку – 5 лет, 2 месяца.

1. Общий анамнез:

– Ребенок от первой беременности. Беременность сохранялась с пяти месяцев.

Хроническая внутриматочная инфекция. Роды самопроизвольные в срок, слабость родовой деятельности, безводный период около двух часов. Вес при рождении – 3300, рост – 52 см.

– Состояние слуха в N

– Состояние зрения: в N

– Неврологический статус: ОПГМ

– Раннее развитие: голову держит с 6 месяцев, сел – с 10 месяцев, ползает – с 12 месяцев, пошел после двух лет.

– Речевой анамнез: гуление слабое; лепет с 3-х лет ограничен, немодулированный, скудный; с 4-х лет два лепетных слова (мама, баба).

2. Анатомическое строение артикуляционного аппарата и состояние артикуляционной моторики: губы – строение в N, тонус губ понижен, вялые (рот полуоткрыт, выраженная гиперсаливация), зубы в N, прикус в N, твердое небо готическое, мягкое небо в N.

Язык короткий, кончик языка раздвоен, девиация вправо, отмечается дистония языка в покое (низкий мышечный тонус, при попытках речи – тонус нарастает), наблюдаются непроизвольные движения языка (гиперкинезы), тремор языка. Имеются трудности в удержании артикуляционной позы и переключения артикуляционных движений, отсутствует верхний подъем языка. Движения языка неточные, не в полном объеме. Подъязычная связка укороченная. Подбородок раздвоен.

3. Состояние общей моторики: развита недостаточно; неустойчивость при ходьбе

4. Состояние мелкой моторики: развита недостаточно; тонус рук понижен; тремор рук. Ведущая рука – правая. Сформирован пинцетный захват.

5. Словарный запас пассивный; ограничен. Понимает простейшие речевые инструкции. Соотносит предметные картинки в лото для малышей.

6. Грамматический строй не сформирован.

7. Произносит звуки раннего онтогенеза.

8. Слоговая структура не сформирована.

9. Связная речь в форме недифференцированного лепета.

10. Умственное развитие.

Количественный счет и счетные операции отсутствуют; конструктивная деятельность развита недостаточно; простейшие обобщения отсутствуют.

11. Особенности поведения ребенка в момент обследования: низкая концентрация внимания, повышенная утомляемость, слабость мотивации, снижение потребности в речевом общении.

12. Характеристика собственной речи ребенка. Собственная речь ребенка представлена в форме недифференцированного лепета (по типу бормотания). Нет соотнесения конкретных звуковых комплексов с определенным предметом. Речь неразборчива. Голос тихий, монотонный. Темп речи быстрый.

13. Речевое заключение: Системное нарушение речи (по типу ОНР 1 уровня), дизартрия

Индивидуальный маршрут курса реабилитации (2 месяца):

1. Установление эмоционально-положительного контакта.

2. Развитие мелкой моторики

3. Развитие мимики, артикуляционной моторики

4. Развитие речевого дыхания

5. Развитие сенсорных представлений

6. Развитие понимания речи

7. Развитие звукоподражаний и первых форм слов.

После первого курса логопедического лечения наблюдалась следующая динамика:

1. Установлен эмоционально-положительный

контакт со взрослым. Появляется эмоционально-положительное отношение к логопедическим занятиям (предметной деятельности, дыхательным и артикуляционным упражнениям, пальчиковым играм).

2. Некоторое качественное и количественное улучшение в понимании простых речевых инструкций. Уточнен и несколько расширен пассивный словарный запас по темам «Игрушки», «Части тела», «Моя семья».

3. Повысилась речевая активность. Активизирован и несколько расширен запас звукоподражаний, отдельных звуков, слогов, лепетных слов.

Динамика в конце следующего курса реабилитации при использовании предложенного выше плана работы (пункты 2-7):

1. Соотнесение предметов и действий с их словесным обозначением приобретает более устойчивый характер.

2. Появились предложения из аморфных словкорней, первые формы слов. В отраженной речи сохраняет слоговую структуру двусложных слов.

Положительная динамика по окончании следующего курса реабилитации отмечается в появлении фразы из двух слов, расширении пассивного и активного словарного запаса.

Таким образом, разработанная индивидуальная программа открывает гораздо больше возможности в коррекции речи ребенка с проблемами в развитии,

Выводы. Логопедия в настоящее время интенсивно развивается, идет поиск, накопление новых фактов, что связано с успехами медицины психологии, психолингвистики, физиологии и специальных методик, позволяющих расширять направления научных исследований, анализировать и обобщать практический опыт.

Принцип системности обеспечивает усвоение междисциплинарных понятий во взаимозависимости в рамках единой системы. Учебная информация используется не как цель обучения, а как средство освоения деятельности познания, формирования самовоспитания, самообразования, тем самым повышается эффективность организации и управления процессом обучения.

УПРАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССАМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов».

Государственная служба медико-социальной экспертизы

Актуальность Инвалидность, наряду с показателями заболеваемости, показателями физического развития, группой медико-демографических критериев является важным индикатором состояния здоровья детского населения. В то же время рост удельного веса хронических неинфекционных, врожденных и генетических среди детского населения, способствуют увеличению частоты таких неблагоприятных последствий, как ограничение жизнедеятельности и социальной недостаточности [1, 3].

По данным экспертов ВОЗ удельный вес детской инвалидности уже в течение многих лет составляет 2- 3% от детской популяции. Глобальной стратегией развития медицинской реабилитации в республике является улучшения качества жизни пациентов, предупреждение инвалидизации или снижения тяжести инвалидности при невозможности предотвратить её наступление.

Прежде всего, в структуре детской инвалидности преобладает болезни нервной системы и органов чувств, врожденные аномалии, психические расстройства, которые все вместе составляют более 80% в общей структуре причин детской инвалидности [6, 7].

Уровень детской инвалидности в структуре Республики Таджикистан так же характеризуется выраженной вариабельностью и при этом недостаточно изучается эпидемиологическая обстановка по изучению структуры и причин детской инвалидности, особенностей воздействия факторов риска [5].

В то же время, комплексная оценка инвалидности имеет большое информационное значение для системы здравоохранения, образования и социальной защиты, поскольку позволяет определить основные направления работы в области профилактики детской инвалидности и совершенствовании системы реабилитации.

Цель исследований. На основании анализа детской инвалидности улучшить систему медико-социальной реабилитации в этой области.

Материалы и методы исследования. При проведении исследования анализировались материалы официальной статистической отчетности

Государственной службы медико социальной экспертизы (ГСМСЭ), органов социальной защиты и НИИ МСЭРИ. Единицей наблюдения являлось лицо в возрасте до 18 лет, признанное инвалидом. Анализ причин инвалидности проводился по основным классам болезней в соответствии с МКБ – 10.

Результаты и их обсуждение. На 1-октября 2022 года в органах социальной защиты состоит на учете 32180 тыс. детей-инвалидов, которые составляют около 25,2% от общего числа инвалидов в стране (табл. 1). Только в Хатлонской области на учете органов социального обеспечения ГСМСЭ состоит - 12254 тысячи детей инвалидов и более 70% из них нуждается в реабилитационных услугах.

Таблица 1

Показатели детской инвалидности от общей по РТ (абс. ч.,%)

№	Регионы	Общ. кол-во инвалидов	Общ. кол-во детей инвалидов	%
1	Душанбе	16934	3478	25,8%
2	РПП	30891	6983	29,2%
3	ГБАО	7095	944	15,3%
4	Хатлон	56929	12554	28,2%
5	Согд	47677	8221	20,8%
6	По РТ	159526	32180	25,2%

Следует отметить, что показатели детской инвалидности выглядят в Согдийской области 20,8%, Хатлонской области 28,2%, ГБАО 15,3%, РПП 29,2%, г. Душанбе 25,8%, случаев соответственно. В то же время этот показатель в районах РПП остается сравнительно высоким 29,2% случаев от общей численности инвалидности. При этом инвалидов группу районов, из РПП, с наиболее высоким уровнем общей инвалидности входят; Варзоб 39,2%, Рудаки 37,5%, Файзобод 33,8%, Вахдат 31,0%. Тогда как в Хатлонской области оказались р. А. Джоми 36,8%, р. Хуросон 35,2%, р. Яван 34,7%, р. Дж.Балхи 31,9%, р. Пяндж 30,8%, р. Левакант 30,7%.

Таблица 2

Показатели детской инвалидности с высоким уровнем (%)

РПП		Хатлонская область	
Варзоб	39,2%	А.Джами	36,8%
Рудаки	37,5%	Хуросон	35,2%
Файзабад	33,8%	Яван	34,7%
Вахдат	31,0%	Дж. Балхи	31,9%
		Пяндж	30,8%
		Левакент	30,7%

Так же установлена зависимость величины показателя первичной инвалидности от заболеваемости детского населения, обеспеченности врачами, удельного веса врачей, имеющих квалификационные категории.

Врачебная деятельность в области медицинской реабилитации предполагает набор знаний, навыков и компетенций, направленных на восстановление, компенсацию, приспособление нарушенных функций, вторичную и третичную профилактику, которые способствовали бы активной социальной интеграции пациента.

На окончательный результат медицинской реабилитации в немалой степени оказывают влияние своевременность, адекватность и правильность выбора тактики проведения реабилитационных мероприятий, координации и согласованность деятельности врачей различных специальностей, участвующих в реабилитационном процессе.

Показатель первичной инвалидности детского населения, за последние пять лет, колебался в пределах от 67 до 86 случаев (на 10 тысяч детского населения).

Среди детей – инвалидов в связи с болезнями нервной системы большинство составляют больные с детским церебральным параличом и другими паралитическими синдромами.

При этом, дети с ДЦП занимают наибольшую долю – 63,9%, а с наследственными и дегенеративными болезнями ЦНС лишь – 11,9%, с воспалительными болезнями ЦНС – 2,1%. Отмечено, что уровень инвалидности наиболее высок среди возрастных групп 0-4 и 5-9 лет, составляя 57,6% от общего числа заболеваний, приводящих к инвалидности. Основными причинами инвалидности детей являются: патологии центральной нервной системы 14902 (46,3%), психические расстройства 6457 (20,0%), хирургические заболевания 4034 (22,5%). Такие нозологии как: глазные болезни 2317 (7,2%), заболевание сердечно сосудистой

системы 1512 (4,6%), заболевание эндокринной системы 835 (2,5%), в том числе сахарный диабет 673 (2,0%), онкологические заболевания 579, (1,8%), заболевание органов мочевого выделительной системы 374 (1,2%) не превышают 4-2 процентный барьер. И заболевания опорно-двигательного аппарата 225 (0,7%), заболевание органов дыхания 164 (0,5%), заболевание органов пищеварения 56 (0,2%), другие заболевания 629 (1,9%) не превышают 2 процентный барьер.

Таблица 3

Общая и первичная детская инвалидность по нозологиям на 1 октября 2022 год (абс.ч.,%)

Нозологии	Общая	Первичная
Неврология	14902 (46,3%)	1350 (44,7%)
Органов чувств	1412 (4,4%)	165 (5,5%)
Психические заболевания	6457 (20%)	426 (14,4%)
Хирургические заболевания	4034 (12,5%)	322 (10,6%)
Глазные болезни	2317 (7,2%)	256 (8,4%)
С.С. заболевания	1512 (4,6%)	158 (5,2%)
Онкологические заболевания	579 (1,8%)	56 (1,8%)
Эндокринологические забол.	835 (2,5%)	144 (4,7%)
Сахарный диабет	673 (2%)	105 (3,5%)
Всего	32180	3016

Как видно из всего вышеизложенного, решение вопросов причин инвалидности детей, очень важны. Так среди медицинских факторов, приводящих к инвалидности, первоочередное значение имеют: некачественный родовой патронаж, преждевременные роды, недоношенность, асфиксия, травмы, врожденные пороки развития, пневмония, сепсис, и т.д.

Основными биологическими факторами, способствующими возникновению инвалидности являются: возраст матери, отца, интервал между родами, экстрагенитальные патологии матери, аномалия первой половины беременности, угроза прерывания беременности, инфекционные заболевания, в т.ч.COYID-, и т.д.

Среди социальных и духовно-нравственных

факторов риска заболеваемости и инвалидности имеют значение: образование родителей, семейный доход, жилищно-бытовые условия, состав семьи, характер питания, наличие вредных привычек, психологическая неподготовленность стать матерью, стресс вызванный фактором рождения нежелательного либо больного ребенка, и.т.д. Следовательно, максимальное исключение этих факторов дает возможность уменьшения заболеваемости и инвалидности среди детей за счет первичной профилактики.

Таким образом, подтверждено, что проблема детской инвалидности представляет собой актуальную медико-социальную задачу, требующую систематического мониторинга и многоуровневого решения. Эффективность реабилитации детей-инвалидов в первую очередь обусловлена организацией медицинских, социально-психологических мероприятий, при которой важную роль играет деятельность социальных служб, организация социальной поддержки семьи. В значительной степени результаты реабилитационных мероприятий зависят от отношения родителей к уходу за ребенком, от их внимания к его здоровью, желания последовательно проводить реабилитационные мероприятия. Повышение эффективности системы реабилитации может быть обеспечено на основе реализации в полном объеме индивидуальной программы реабилитации.

Одним из инструментов решения проблемы инвалидности на который следует обратить внимание, модернизированная трехэтапная система ежегодной диспансеризации населения [2].

При этом задачей первого этапа ставится скрининг на выявление лиц с избыточным риском инвалидности (наличие факторов, приводящих к инвалидизации). Таковых обычно не более – 3% среди населения детородного возраста.

Задачей второго этапа, при наличии высокого риска, должно быть является изучение патофизиологические механизмов вероятной заболеваемости и инвалидности будущего ребенка и их преждевременная коррекция.

На третьем, коррекционном этапе реабилитации резерва здоровья должен осуществляться контроль (то есть диспансеризация) над устойчивостью достигаемых результатов. Часто одной из причин является пассивная позиция самого пациента с отсутствия личного контроля над эффективностью рекомендаций, что требует формирование мотивированного сотрудничества для снижения величины персонального риска и возможности

следить за его динамикой. В такой ситуации врач окажется вынужденным подбирать реально действенные для пациента профилактические средства.

Заключение: Инвалидность детей и подростков наряду с демографическими показателями и заболеваемостью детского населения является одной из основной характеристик общественно-го здоровья и социального благополучия страны. Показатели врожденной детской инвалидности по мере увеличения возраста уменьшаются при этом приобретенной - увеличиваются. Учитывая низкую медицинскую активность семей, где живет и воспитывается ребенок – инвалид, необходимо повышать качество оказываемой им медико-социальной помощи путем активизации работы по внедрению навыков здорового образа жизни.

Решить вопросы детской инвалидности, можно только выстроив оказание медико-социальной помощи, ориентированной на результат. При этом результат сегодня должен оценивается не по внедрению в лечебный процесс какой-либо технологии или препарата, а в эффективности воздействия на процесс возвращения пациента к активной жизненной позиции в социуме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гаилов А.Г. Условия перехода к социальной модели инвалидности и особенности реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан / А.Г. Гаилов, Н.Б. Лукьянов, М.М. Рузиев, А.А. Абдурахимов //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения – 2017 -№3- с. 11-15.
2. Гундаров И.А. Задачи медико-социальной работы в профилактической диспансеризации на предприятиях / И.А. Гундаров, Е.Г. Пономарева //Материалы ежегодной II научно-практической конференции с международным участием «Медико-социальное учение – новое направление в развитии образования, практики и науки». Душанбе. - С 98-99.
3. Джаббаров Т.С. Некоторые аспекты здоровья и доступности медико-санитарных услуг детям и подросткам в Республике Таджикистан / Т.С. Джаббаров, А.Г. Гаилов, Н.Б. Лукьянов, Ш.С. Ашуриён, //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения – 2019 - №3. - С.19-24
4. Камилова Г.И. Основные факторы, обуславливающие первичную инвалидность населения Республики Таджикистан / Г.И. Камилова, Н.С. Ашурова, А.В. Чудинов, М.Г. Гаилова //Вестник Авиценны. -2015.,-№3(64).-С.102-106.
5. Касимова Д.А. Медико-социальные аспекты детской инвалидности / Д.А. Касимова // Молодой ученый. 2015-№14 - С.63-66.

6. Магзумова Ф.П. Оценка функционирования медико-социальной модели реабилитации инвалидов в Республике Таджикистан / Ф.П. Магзумова, С.Ш. Хакназаров, Н.В. Одинаева // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. -2018.-Т.8, №3(27).-С.319-325

7. Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы. Постановление Правительства Республики Таджикистан №455 от 28 октября 2016 г., -Душанбе. – С. 106-136.

¹Тоибов А.Г., ²Каюмов Ф.Дж., ³Азимов Г.Дж., ⁴Гозиев Дж.Г.

ОСНОВНЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОЖИРЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

¹ГУ «Научно - исследовательский институт профилактической медицины Таджикистан;

²ГОУ «Республиканский медицинский колледж»;

³Кафедра эпидемиологии имени Рафиева Х, К., ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино»;

⁴ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более 2,5 млрд. взрослых имеют избыточный вес, 650 млн. взрослых и 124 млн. детей и подростков страдают ожирением [1, 5, 8], масштабы которого уже сравнивают с пандемией.

При этом, в отдельных регионах мира, особенно в Европейских странах ожирение растет настолько стремительно, что может опережать темпы прироста населения, особенно в городах с высоким уровнем урбанизации [2, 6, 9]. При этом оно параллельно сопровождается развитием коморбидных заболеваний, возникновением тяжелых и смертельных осложнений, что создает дополнительную нагрузку на систему здравоохранения [3, 7, 10] и социальной защиты населения.

В этой связи проблемам профилактики и раннего выявления ожирения среди населения стали уделять пристальное внимание. К тому же, детерминанты ожирения сложны и многообразны. В зависимости от района или области, одни меры или конкретные варианты политики будут более важными, уместными и осуществимыми, чем другие. Ожирение приводит к нарушению работы многих органов и систем, связанных с развитием сахарного диабета 2 типа, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, патологии органов зрения, репродуктивной системы, в т. ч. онкологической [4, 8, 12].

Социальная значимость выделенной проблемы определяется, прежде всего, угрозой инвалидизации в молодом возрасте и снижением общей продолжительности жизни. Ожирение

снижает устойчивость к простудным и инфекционным заболеваниям, снижает репродуктивную функцию, резко увеличивает риск осложнений при оперативных вмешательствах и травмах [3, 7, 11]. Поэтому проблема ожирения остается актуальной независимо от социальной, профессиональной принадлежности, зоны проживания, возраста и пола.

Цель исследования: Оценка влияния некоторых факторов риска на здоровье и профилактику ожирения в Таджикистане.

Материалы и методы исследования. Использованы данные соответствующей официальной медицинской статистики, зарубежных источников литературы, а также результаты анкетного опроса населения, проведенного с 15 февраля по 15 марта 2022 года в 6 районах Хатлонской области и 4 районах республиканского подчинения (Вахдат, Рудаки, Гиссар и Шахринау). Обследовано более 1800 лиц мужского (66,4% и женского (33,6%) пола), имеющих различные уровни образования и социального положения.

Полученные результаты и их обсуждения. Согласно фундаментальным закономерностям, определяющих значимость факторов и долю влияния последних на формирование здоровья, примерно на 50% и более определяют образ жизни и условия жизнедеятельности, на 20% - состояние окружающей среды, на 20% - генетические факторы и на 10% - уровень развития и деятельность здравоохранения.

Факторы семейно - бытового риска ожирения имеет две группы – социально- экономического и психосоциального неблагополучия (семьи с не-

благоприятным психологическим микроклиматом, напряженными внутрисемейными отношениями, неполные, многодетные).

Разработанная концепция факторов риска и образа жизни, согласно которой развиваются хронические расстройства органов и систем, прежде всего подрастающего поколения (курение, употребление алкоголя, других психоактивных веществ, низкий уровень физической активности, рискованное сексуальное поведение), снижающие качество жизни семьи и отдельных ее членов.

При этом состояние ожирения - это заболевание, нуждается в специализированном обследовании, лечении и комплексном ведении. Это заболевание во всем мире ежегодно становятся причиной более 1,3 млн. летальных исходов, однако эта статистическая цифра, по видимому, значительно выше.

В Европе ожирение населения достигла масштабов эпидемии (53% мужчин и 47% женщин), а в Таджикистане избыточную массу тела имеют -9,2% мужчин и 15,6% женщин, в России соответственно больше: 19,5% мужчин и 26,2% женщин.

Согласно официальной статистике, в Таджи-

кистане 17% населения страны имеют избыточный вес, 11,3% - страдают от ожирения. При этом среди детей в возрасте 6 - 17 лет этот показатель составляет 4,7%. Исследованием, установлено, что считают, что жители страны едят слишком много мучных продуктов и сладостей, особенно в сельской местности.

По данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан доля хлебных продуктов за период с 2015 по 2020 гг. в пищевом рационе населения выросла с 28% до 37%. В этих обстоятельствах принята Национальная программа по изучению, предотвращению и лечению ожирения в рамках «Стратегии по питанию и физической активности в Республике Таджикистан на 2015 - 2024 годы».

За последние годы высокое потребление еды быстрого приготовления, как «Фаст-фуд», «Гамбургер», «Шаурма», жирной пищи, сладких безалкогольных напитков, сахара и соли способствовало развитию хронических неинфекционных заболеваний. Распространенность ожирения показана для ряда стран СНГ и ЦА.

Как видно из табл.1, распространенность

Таблица 1

Показатели ожирения, индекса массы тела, возраста населения и других параметров в странах СНГ и Центральной Азии (на 01.01.2021 г.)

Страны СНГ и Центральной Азии	ИМТ взрослого с избыточной массой тела >25 кг/м ² (2016)	ИМТ взрослых с ожирением	Возраст населения старше 65 (%) лет (2020 г.)	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни, лет (2019 г.)	Недостаточная физическая активность, % взрослого населения
Казахстан	53,6	21	7,9	65	27,5
Киргизстан	48,3	16,6	4,7	65,8	13,9
Узбекистан	48,2	16,6	4,8	64,7	19,1
Монголия	55,6	20,6	4,3	60,3	18,6
Китай	32,3	6,2	12	68,5	14,1
Таджикистан	45,3	14,2	3,2	62	29,3
Туркменистан	51,8	18,6	4,8	62,1	-
Россия	57,6	23,1	15,5	64,2	17,1
Пакистан	28,4	8,6	4,3	59,6	33,7
Индия	19,7	3,9	6,6	60,3	30,4
Иран	61,6	25,8	6,6	66,3	33,2
Афганистан	23	5,5	2,6	53,9	-

ожирения в отдельных государствах растет стремительно, опережая темпы прироста населения, идут параллельно с развитием среди взрослого населения коморбидных заболеваний, с тяжелыми и смертельными осложнениями как, дополнитель-

ной нагрузки на систему здравоохранения[2,5].

При сравнении причинно-следственных связей летальности с лишним весом, возрастом, предполагаемой продолжительностью жизни и недостаточной физической активностью отмечается

аналогичная зависимость, как и в большинстве развитых стран Европы и Америки.

При этом наивысшая корреляция летальности отмечается с ожирением и избыточной массой тела. Следует отметить, что статистические данные пространственного анализа из открытых источников, несомненно, имеют определенную погрешность. Например, распространенность ожирения в Казахстане, несколько завышены. Сомнения небеспочвенны, так как опубликованные ранее результаты собственных исследований свидетельствуют, что реальная картина распространенности ожирения среди населения страны в 1,3 раза ниже [5, 9].

При этом к факторам, способствующим неблагоприятному исходу при некоторых инфекционных заболеваниях, кроме ожирения, стали относить и сахарный диабет, тесно связанный с ожирением и значительно усугубляет вирусные осложнения даже в случаях регулярно проводимого противодиабетического лечения.

Как серьезный фактор риска здоровью следует рассматривать наблюдаемые изменения в структуре питания населения в конце 1990-х - начале 2000-х гг. (снижение употребления продуктов, богатых белком животного происхождения; увеличение калорийности рационов питания за счет картофеля и круп; недостаточное употребление овощей

Таблица 2

**Некоторые особенности питания респондентов с избыточной массой тела и ожирением
(в абс. чис., 2022 г.)**

Частота употребления	«Фаст-фуд»		Хлебо-булочных изделия		Сахаросодержащие продукты		Сладкие и газированные		Овощи и фрукты	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Каждый день	127	18,6	280	41,1	302	44,3	104	15,2	227	33,3
2-3 раза в неделю	117	17,2	253	37,1	190	27,9	200	29,4	170	25,0
3-4 раза в неделю	136	20,0	114	16,7	103	15,1	204	29,9	228	33,4
Не употребляют	301	44,2	34	5,0	86	12,6	173	25,4	56	8,2

и фруктов; снижение рациона микронутриентов, низкая культура питания среди населения).

Как видно из табл. 2, анализ данных подтверждает наличие избыточного употребления «Фаст-фуд» и различных мучных изделий, в т.ч. хлебобулочных продуктов в рационе питания лица с избыточным весом и ожирением.

Последние были выделены в отдельную группу риска, состоящий из 681 (31,7%) человек, среди которых был 389 (56,2%) мужчин и 292 (42,8%) женщин. Изучение и оценка их рациона, установлено, что большинство респондентов употребляют пищевые продукты быстрого приготовления, мучные, сахаросодержащие продукты, газированные и спиртные напитки. Хлебобулочные и другие мучные продукты едят более 40,0% каждый, только 33,3% опрошенных употребляют овощи и фрукты. Сахаросодержащие продукты, в т.ч. конфеты шоколадные изделия употребляют по праздникам или когда ходят в гости.

Особенно «страдают» рационы питания бедного (более 26,3%) населения, в которых дефицит энергии и белка для лиц взрослого возраста достигает 15-20%, для подростков характеризуются избыточным содержанием жира и сахара и не-

достаточным потреблением сложных углеводов. Среди мальчиков из семей с низкими доходами 11,2% из них имеют избыточную массу тела, среди девочек - 7,7%.

Среди трудоспособного населения доля лиц с избыточной массой тела составляет 30%, с ожирением - 25%. У большинства лиц, в т.ч. молодых, страдающих ожирением, нарушены психологические формы пищевого поведения, причем в условиях воздействия стрессогенных факторов у них формируются различные нарушения в эмоциональной сфере, риск развития нарушений увеличивается.

При недостаточной энергетической ценности рациона питания возникает дефицит массы тела, что в последние годы активно обсуждается по поводу повсеместного увеличения числа юношей призывного возраста.

ВОЗ пришла к заключению, что основной причиной эпидемии ожирения в мире стал недостаток спонтанной и трудовой физической активности населения в сочетании с чрезмерным потреблением жирной высококалорийной пищи.

Ожирение значительно уменьшает продолжительность жизни - от трех до пяти лет при небольшом избытке веса, до 15 лет - при выраженном ожирении.

нии. Практически в двух случаях из трех смерть человека наступает от заболевания, связанного с нарушением жирового обмена [1,5,11], и снижением иммунитета.

Медико-санитарные службы, особенно первичная медико-санитарная помощь, но также и другие службы (например, социальные, общественные) могут сыграть важную роль в профилактике ожирения. Регулярное изучение основных привычек в отношении питания и физической активности в сочетании с простым консультированием на протяжении всей жизни может охватить значительную часть населения и оказаться эффективным мероприятием.

Надо отметить, что использование антропометрических критериев ожирения не представляет никакой трудности, не требует дорогостоящего оборудования и специального обучения. В связи, с чем владение такого рода прогностическим маркером может стать хорошим инструментом в первичном звене здравоохранения.

Выявление конкретных групп высокого риска и определение мер для удовлетворения их потребностей, включая возможные фармакологические меры, являются важными компонентами, наряду с подготовкой работников здравоохранения, наличие соответствующих руководств и возможные стимулов.

Поэтому основной стратегической целью лечения избыточной массы тела и ожирения является снижение массы тела, т.е. улучшение антропометрических показателей, а также контроль метаболических нарушений, профилактика тяжелых заболеваний, часто появляющихся у больных ожирением, и длительное удержание достигнутых результатов.

В этой связи профилактическая направленность, улучшение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи населению относятся к важнейшим задачам на современном этапе деятельности системы здравоохранения.

Таким образом, комплексное воздействие медико-социальных условий жизни, характер питания, психо-эмоциональное состояние населения, в т.ч. молодежи, являются факторами риска развития избыточного веса и ожирения среди лиц особенно трудоспособного возраста.

Выводы.

1. Для решения глобальных задач необходима всесторонняя активизация и координация действий медицинских сообществ разных стран по всему спектру проблем, связанных с ожирением, в т.ч.

с его профилактикой и лечением.

2. По мнению экспертов Всемирной федерации ожирения, избыточный вес остается важным показателем инвалидности, потребности в медицинской и социальной помощи с коррекцией на расходы всех пока неучтенных факторов ожирения.

3. Всемирная организация здравоохранения считает крайней необходимостью осуществление усилий во всех странах, направленных на обеспечение лучшего здоровья населения, включая противодействия инфекционным заболеваниям.

4. Пропаганда здорового образа жизни, здорового питания и повышение физической активности являются основными мероприятиями и снижающими риск развития заболеваемости и смертности населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллозода С.М. Распространенность ожирения среди взрослого населения Таджикистана / С.М. Абдуллозода. //Вестник Авиценны.2022: 24(1).-С. 19-28.
2. Зимина Л.А. Характеристика некоторых факторов их влияние на здоровье молодежи / Л.А. Зимина, А.В. Боева//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. -2016. - №1-3. – С.347-351.
3. Пирматова М.А. Факторы риска избыточного веса и ожирения среди молодежи Таджикистана / М.А.Пирматова, Г.А.Пирматова// Международный научно-исследовательский журнал. №4(106). Часть 2,2019.
4. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 октября 2019 года, №463 «О Программе профилактики ожирения и формирования здорового питания в Республике Таджикистан на 2019-2024 годы».
5. Фурсов А.Б., Оспанов О.Б., Фурсов Р.А. Ожирение и COVID-19 признаки конвергенции двух пандемий. Рекомендации по борьбе с ожирением, основанные на принципах «ROOTS»//Ожирение и метаболизм. - 2021. - Т. 18. - №4. -С. 456-464. doi: <https://doi.org/10.14341/omet12745>
6. Джумагазиев А.А. Проблема ожирения у детей в современном мире: реалии и возможные пути решения /А.А. Джумагазиев// Вопросы современной педиатрии. - 2016. - Т. 15, №3. - С. 250–256.
7. Солнцева А.В. Значение факторов семейного воспитания в формировании избыточной массы тела у детей /А.В. Солнцева // Здравоохранение (Минск). - 2015. - №2 - С. 56–61.
8. Горюнова М.В. Анализ распространенности избыточного веса тела и ожирения молодежи г. Симферополя /М.В. Горюнова // MedicalSciences «Colloquium-Journal». – 2019. - №9-3(33). – С. 41-42.
9. Касимов Р.А. Избыточная масса тела как фактор риска заболеваемости населения территорий /Касимов Р.А. // Проблемы Развития Территорий. – 2016.

- №3(83). – С. 137-150.

10. WHO. Controlling the global obesity epidemic. 2021. Available from: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [cited April 27, 2021].

11. Kumanyika S, Dietz WH. Solving Population-wide

Obesity - Progress and Future Prospects. N Engl J Med. 2020;383(23):2197-2200.

12. Berry EM. The Obesity Pandemic - Whose Responsibility? No Blame, No Shame, Not More of the Same. Frontiers in Nutrition. 2020;7:2. <https://doi.org/10.3389/fnut.2020.00002>.

¹Джонова Б.Ю., ²Наргиси С.

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

¹Государственное учреждение «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

²ГЦЗ №15 г. Душанбе

Аннотация. В климактерическом периоде жизни женщины на фоне общих возрастных изменений в организме преобладают инволютивные процессы в репродуктивной системе с постепенным прекращением сначала детородной, а затем и менструальной функции.

Согласно современным представлениям, механизм нейроэндокринных изменений при климактерическом синдроме на уровне гипоталамической и лимбической систем заключается в снижении дофаминергического тонуса и увеличении норадренергического тонуса. В то же время, в актуальной проблеме климактерического синдрома остается много нерешенных вопросов. Так, до настоящего времени окончательно не установлена причина патологического течения перименопаузального периода.

Целью исследования явилось определение состояния органов малого таза у женщин перименопаузального возраста с климактерическим синдромом и с физиологическим течением климактерия.

Материал и методы исследования. Произведено ультразвуковое исследование (УЗИ) 162 женщинам в возрасте перименопаузы, в том числе: 102 женщинам с климактерическими расстройствами и 60 женщинам с физиологическим течением перименопаузы. Оценивались следующие основные показатели – длина, переднезадний размер и ширина матки, структура эндометрия и миометрия, размеры яичников.

Результаты и их обсуждение

Данные ультразвукового исследования половых органов представлены в таблице. Из представленных данных видно, что размеры матки в основной группе женщин 40-45 лет (длина 64.1 ± 9.3 мм; переднезадний размер 44.8 ± 9.0 мм; ширина

57.7 ± 8.1 мм) были больше соответствующих размеров в группе сравнения (60.5 ± 3.6 мм; 42.8 ± 7.2 мм; 57.7 ± 8.1 мм соответственно).

В основной группе 46-50 лет длина и переднезадний размер матки – соответственно 64.9 ± 14.5 мм и 45.8 ± 15.3 мм, были больше, чем в группе сравнения – 60.9 ± 7.2 мм и 42.0 ± 12.7 мм; напротив, ширина матки в основной группе оказалась меньше, чем в группе сравнения (53.1 ± 13.8 мм и 54.7 ± 9.5 мм соответственно). Размеры матки в основной группе 51-55 лет (длина 60.3 ± 9.2 мм, переднезадний 37.8 ± 9.1 мм, ширина 51.1 ± 6.8 мм) были ниже, чем в группе сравнения (62.6 ± 12.0 мм, 44.3 ± 15.0 мм, 56.1 ± 13.7 мм соответственно). Такие различия в размерах матки в исследуемых группах, по-видимому, обусловлены различной частотой ее заболеваний в разных группах. Так, миома матки в возрасте женщин 40-45 лет и 46-50 лет чаще встречается в основных группах и реже в группах сравнения, возможно, это и является причиной больших размеров матки в основных группах указанных возрастов, по сравнению с группами сравнения.

В возрасте 51-55 лет, наоборот, миома матки и хронический эндометрит чаще отмечались в группе сравнения и размеры матки у обследуемых женщин этого возраста оказались больше в группе сравнения, чем в основной группе. Кроме того, в возрастной группе 51-55 лет в основной группе число женщин в менопаузе составило 89.7%, в то время как в группе сравнения 60%; как известно, размеры половых органов прогрессивно уменьшаются в постменопаузе, особенно заметно в первый год после менопаузы. Таким образом, результаты УЗИ гениталий показали, что основные размеры матки у женщин с климактерическими расстройствами находятся в пределах нормы и, возможно,

на их размеры оказывают влияние сопутствующие заболевания матки.

При анализе размеров яичников у обследуемых женщин выявлено, что у женщин с климактерическими нарушениями размеры правого и левого яичников оказались меньше, чем в группе сравнения во всех возрастных подгруппах перименопаузы, но особенно данное различие было выражено в возрасте 46-55 лет.

Таким образом, результаты ультразвукового исследования органов малого таза выявили различие в размерах яичников у обследуемых: средние размеры яичников у женщин с климактерическими расстройствами оказались меньше, чем у женщин с физиологическим течением перименопаузы. Возможно, развитие климактерического синдрома у женщин основной группы является следствием более быстрого, прогрессивного уменьшения размеров яичников, следовательно, и функции яичников

в перименопаузе; либо эти женщины «подошли» к возрасту перименопаузы с меньшим размером яичников, и соответственно, меньшим резервом фолликулов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей. М.: «МИА», 2003, с. 71-75, 99-104, 444-448, 458-493.
2. Климактерический период (климакс у женщины): симптомы и лечение. <https://spb.meds.ru/articles/klimaktericheskiy-period-klimaks-u-zhenshchiny-simptomyi-lechenie/>
3. Генитоуринарный синдром в менопаузе (ГУСМ). <https://ncagp.ru/index.php?t8=299>
4. Климакс у женщин: возраст, причины, симптомы, лечение. <https://citilab.ru/articles/klimaks-u-zhenshchiny-vozrast-prichiny-simptomyi-lechenie/>
5. Красикова С.П. - Акушерство и гинекология, 1987, №5, с. 28-30.

¹Зарипова М.Ч., ¹Шарипова Н.А., ¹Кобилова Б.Х., ¹Мамаджанова Г.С., ²Вохидов А

РИСК ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИЙ НА ВЫХАЖИВАНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

¹ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

²ГУ МК «Истиклол»

Актуальность. С переходом на новые критерии жизнеспособности плода, рекомендованных ВОЗ (вес недоношенного новорожденного от 500 г), способствовало резкому росту числа недоношенных малышей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ), что в свою очередь потребовало разработки высоких технологий по их выхаживанию, создания перинатальных центров, оснащения отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) перинатального центра для оказания высококвалифицированной специализированной медицинской помощи, а в роддомах - палат интенсивной терапии [3, 5].

При этом в структуре недоношенных детей ежегодно регистрируется увеличение доли пациентов с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении, которые являются, в свою очередь, основной группой риска по перинатальной и младенческой смертности, а также по развитию в будущем тяжелых инвалидизирующих состояний [3, 4].

Любой организм, даже здорового доношенного новорожденного ребенка проходит период адаптации к внеутробной жизни. Однако организм глубоко незрелого недоношенного ребенка не готов пережить этот кризис, т.е. не готов к адаптации в условиях внеутробной жизни, и нуждается в поддержании функций. В этот период возрастает роль и значимость профессионализма и четкости действий медицинского персонала. Большинство этих детей в первичной реанимационной помощи нуждаются уже в родильном зале: 5-6% новорожденных требуется санация верхних дыхательных путей и дополнительном снабжении кислородом. Поэтому первоочередной задачей является проведение реанимационных мероприятий, позволяющих обеспечить жизнедеятельность организма. При выполнении вышеуказанных процедур применяются стерильные изделия, преимущественно однократного применения, медицинский персонал проводит процедуры в асептических условиях - подготовленное помещение, стерильные халат, маска, салфетки, простыни, ватно-марлевые изделия, антисептическая обработка рук и использование

разовых стерильных перчаток, очков для защиты глаз [3, 5, 6, 12].

По данным исследователей имеет место достаточно высокая частота инфекций, причиной которых являются инфекции связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), в ОРИТ, выявляется у каждого 250 детей из 1000 новорожденных. Зачастую данная флора представлена условно-патогенной и патогенной микрофлорой. Столь высокая частота инфицированности детей связано с особенностями лечебно-диагностического процесса, круг которых включает искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), массивную инфузионную терапию, различными сосудистыми интервенциями с применением различных эксплантантов и др. причиной к применению таких технологий является: полиорганная недостаточность, иммунодефицит, экстремально низкая масса тела, респираторный дистресс-синдром и др. Круг основных типов инфекции в ОРИТ представлен: пневмония (27,0 на 1000 дней вентиляции), инфекция кровотока (12,5 случаев на 1000 дней внутривенной катетеризации) и инфекция мочевыводящих путей (8,9 на 1000 дней мочевого катетеризации).

Необходимо отметить тот момент, что существует особенность лечение и выхаживание глубоко недоношенных детей которое, обусловлено глубокой степенью морфофункциональной незрелости [2]. К одному из ведущих факторов риска возникновения инфекций, является малый вес новорожденного, который нуждается в значительном объеме оказания медицинской помощи (ИСМП). Установлено, что на каждые 500 г снижения массы тела возрастает потребность ИСМП на 3% [3, 4]. Чем дольше ребенок находится в лечебном учреждении тем выше риск развития ИСМП [5]. В среднем этот показатель у младенцев с ИСМП в 2,65 раза выше по сравнению с новорожденными без данной патологии. По данным литературы, существуют свои особенности у недоношенных новорожденных с ЭНМТ [2, 6], способствующие развитию у них инфекций.

В этой связи, большое внимание уделяется не только установлению особенностей развития глубоко недоношенных детей, но и анализу факторов риска рождения пациентов с ОНМТ и ЭНМТ, с целью более тщательного выявления данной угрозы среди беременных женщин.

Сам процесс выхаживание детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) зачастую требует необходимости в применении новых методик выхаживания

глубоко недоношенных детей, которые включают использование кувезов и других тепло сохраняющих технологий и приборов. Однако применение дополнительных средств всегда чревато риском развития инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), данный риск многократно возрастает при условии нарушений обработки и дезинфекции средств и приборов ухода и выхаживания.

Наиболее перспективными разновидностями кувезов применяемых в практике выхаживания новорожденных с ЭНМТ являются специальные 2-стеночные приборы, которые способны увлажнять воздух. Замкнутое пространство кувеза способствует формированию искусственного микроклимата, имитирующего внутриутробные условия. В кувезе для новорожденных температура воздуха поддерживается на уровне 37-38⁰С, влажность колеблется от 85 до 95%, содержание кислорода составляет 33-60%.

Однако, необходимо помнить и о том, что указанные условия являются оптимальными не только для выхаживания новорожденных, но и для размножения микроорганизмов. При нарушении порядка разборки и обработки кувезов возможно несоблюдение требований дезинфекции и стерилизации их отдельных частей, снижение качества и эффективности этих мероприятий и, как следствие, контаминация кувезов с последующим инфицированием новорожденных детей.

Следует отметить, что в паспортах, инструкциях к оборудованию производителей кувезов отсутствует детальное описание технологии их обработки, а, как правило, дана информация — какие детали и агрегаты подлежат обработке и каким методом. Не разработаны стандартные операционные процедуры обеззараживания кувезов разных типов, требования СанПин 2.1.3.2630-10 в ряде случаев противоречат рекомендациям производителей кувезов [2]. Таким образом, методика обработки кувезов не стандартизована (Методические указания по дезинфекции кувезов для недоношенных детей, Приложение №7 к приказу МЗ СССР №440 от 20.04.1983) требуют актуализации и внесения изменений [3].

Цель исследования: оценить влияние различных факторов на риск развития ИСМП у детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ.

Материал и методы исследования. Работа выполнялась на базе отделения реанимации новорожденных (ОРН) ГУ МК «Истиклол». Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ и

проспективное эпидемиологическое наблюдения за результатами 500 исследований клинического материала от пациентов ОРН и проб внешней среды медицинской организации, в том числе 430 смывов с куветов.

1. Ретроспективно изучены 532 карты развития новорожденных детей с ИСМП за период 2012-2016 гг., в том числе 363 карты новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ, которые находились на лечении в ОРН.

2. Проведено изучение обсемененности куветов с целью выявления факторов риска развития ИСМП, в частности постнатальных пневмоний.

3. Для оценки роли куветов как фактора передачи возбудителей ИСМП, изучено 390 историй болезни новорожденных, в том числе 290 детей, находившихся в кувете (включая 137 новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ) и 147 заболевших постнатальной пневмонией в процессе нахождения в кувете (в том числе 34 детей с ЭНМТ и ОНМТ).

Результаты и обсуждение. Факторы риска развития ИСМП, связанные с особенностями новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ Согласно данным различных авторов, факторами риска развития ИСМП, связанными с особенностями новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ, являются:

- незрелость органов, прежде всего головного мозга и легких [1, 7];

- особенности кожи ребенка, ведущие к быстрому переохлаждению, в связи с чем, требуется постоянная поддержка температуры тела и влажности воздуха не менее 75% [2];

- предрасположенность к значительным потерям жидкости вследствие повышенного испарения ее через кожу и респираторный тракт; низкая концентрационная способность почек [2, 6];

- незрелость иммунной системы, отсутствие материнских антител при рождении [2]. Высокая восприимчивость к условно-патогенной микрофлоре, выраженная незрелость основных механизмов антибактериальной защиты и относительный иммунодефицит [2];

- минимальные клинические проявления воспалительной реакции;

- склонность к генерализации процесса, септическим состояниям [2];

- особенности формирования микрофлоры новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ [2, 8, 9].

Критическими технологиями в выхаживании новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ являются: 1. Методы респираторной стабилизации [1, 6]:

- регулярные санации трахеобронхиального

дерева; частота связана с появлением вязкой мокроты и зависит от частоты продуктивности образования;

- периодические смены дыхательных контуров – частота не описывается;

- использование для увлажнения стерильной дистиллированной воды;

- применение других мероприятий, направленных на профилактику вентилятор-ассоциированных пневмоний;

- одним из способов предупреждения тяжелой дыхательной недостаточности и снижения потребности в ИВЛ детей с РДС является ранняя заместительная терапия препаратами экзогенного сурфактанта [1, 10].

2. Использование пластикового пакета (пленки) для профилактики гипотермии [1].

3. Особенности транспортировки новорожденного из родового зала в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) [1].

4. Инвазивные процедуры [1] (катетеризация пупочных вен/артерий, чрескожный забор крови, использование транскутанных электродов и пр.).

5. Крепление на кожу температурных датчиков, желудочных зондов, дренажей и других приспособлений (места повышенного трения) [1].

6. Зондовое питание (назогастральный катетер) [1]. 7. Нахождение в кувете – увлажнение и подогрев воздушно-кислородной смеси (влажность 95% для создания оптимальных искусственных внутриутробных условий) [1]. Особенности формирования микрофлоры новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ

При исследовании проб, полученных из внешней среды ОРН и куветов, процент положительных высевок составил: 4,95 и 9,3 соответственно. В структуре выделенных микроорганизмов преобладали стафилококки, удельный вес которых, составил $44,6 \pm 7\%$. Среди стафилококков лидировали *S.epidermidis* (удельный вес $59,4 \pm 4,7\%$), на долю *S.aureus* приходилось 2,5%, на долю других стафилококков — 3,9%. Установлен значительный удельный вес *S.viridans* — удельный вес $33,9 \pm 1,4\%$. Доля грамотрицательной микрофлоры составила $28,04 \pm 7\%$, в структуре преобладали энтеробактерии — $38,7 \pm 3,8\%$, в том числе удельный вес *K.pneumonia* — $31,1 \pm 3,7\%$, удельный вес *E.coli* — $22,8 \pm 4,6\%$.

Частота контаминации различных объектов внешней среды в ОРН за этот же период времени составила от 1,7 до 11,7 на 100 исследований. Наи-

более часто выявлялась контаминация дверок кувеза при выхаживании детей с ЭНМТ ($11,7 \pm 3,2\%$), далее следуют предметы обстановки: инструментальный столик, реанимационный столик, носик смесителя, аппарат ИВЛ (наружная поверхность).

При детальном изучении обсемененности кувезов проводилось микробиологическое обследование кувеза после освобождения на 3-7 сутки. Выделены микроорганизмы на различных деталях и объектах кувезов со следующей частотой (на 100 исследований): дистиллированная вода для увлажнения кислородной смеси в картридже увлажнителя — $42,8 \pm 4,6\%$; крышки картриджей для дистиллированной воды — $41,6 \pm 2,1\%$; лопасти крыльчатки вентилятора — $28,6 \pm 3,6\%$; контуры (каналы) для отвода конденсата — $16,6 \pm 2,1\%$; дверки кувезов — $11,7 \pm 3,2\%$; наружные поверхности кувезов — $8,2 \pm 2,8\%$; внутренние поверхности кувезов — $4,5 \pm 2,1\%$; матрасики кувезов — $3,8 \pm 1,9\%$. Таким образом, практически в каждом втором кувезе в процессе использования обсеменялась вода, предназначенная для увлажнения воздуха и резервуар для воды, в каждом третьем кувезе микрофлора определялась на крыльчатке вентилятора, который распределяет увлажненный воздух по пространству кувеза, в каждом шестом кувезе микроорганизмы выделялись из конденсата со дна кувеза, а также в канале отведения конденсата.

В структуре микроорганизмов, выделенных с различных деталей и поверхностей кувезов, лидировали неферментирующие грамотрицательные бактерии 30/75%: *P.aeruginosa* — $8/26,6 \pm 5,4\%$, *A.calcoaceticus* — $4/13,3 \pm 3,5\%$, *A.baumani* — $3/10 \pm 3,1\%$. Значительную долю составили различные представители семейства *Enterobacteriaceae* (15/50%): в том числе *K.pneumonia* — $6/20,0 \pm 4,3\%$, *E.coli* — $4/13,3 \pm 3,5\%$, *E. Faecium* — $3/10 \pm 3,1\%$, *E.gergviae* — $2/6,6 \pm 2,5\%$. Необходимо отметить также значительную долю других микроорганизмов: *S.epidermidis* — $6/15 \pm 3,7\%$, *S.haemolyticus* — $4/10 \pm 3,0\%$.

Не исключено, что высокая обсемененность крыльчаток вентиляторов кувезов и циркуляция внутри кувезов воздушной смеси, содержащей бактериальный аэрозоль, могут привести к высокому риску развития постнатальных пневмоний у новорожденных в процессе нахождения их в кувезе. По данным зарубежной литературы, пневмония у новорожденных детей является наиболее распространенной инфекцией, связанной с оказанием медицинской помощи, от которой страдают 31,6%

новорожденных [5].

Согласно данным ретроспективного анализа заболеваемости ИСМП в КДМЦ за период 2012-2016 гг., среди детей с ЭНМТ и ОНМТ заболеваемость постнатальной пневмонией у детей весовой категории до 1500 г в 2,5 раза выше, чем у детей весом 1500 г и более. Заболеваемость заболеваемость отмечалась среди детей весом более 3000 г.

Оценка влияния нахождения новорожденного в кувезе на развитие постнатальной пневмонии, показала, что относительный риск использования кувеза при выхаживании новорожденного составляет 3,21, т.е. нахождение в кувезе с доказанной вероятностью является фактором риска развития постнатальной пневмонии. При нахождении ребенка в кувезе с шестых суток заболеваемость постнатальной пневмонией повышается на 34,96% ($RD=34,9$), а 68,9% случаев постнатальной пневмонии у новорожденных обусловлено длительным нахождением в кувезе — $AR=68,9$.

Полученные результаты показали значение кувезов как фактора риска передачи возбудителей постнатальной пневмонией среди новорожденных детей за 5 лет в разной весовой категории за период с 2012 по 2016 гг. распределилась следующим образом.

Максимальный показатель заболеваемости постнатальной пневмонией ($281,25 \pm 16,4$ на 1000 живорожденных) у новорожденных за пятилетний период регистрировался у детей с ЭНМТ и ОНМТ (до 1499 г). Удельный вес детей данной весовой категории составляет $30,8 \pm 4,4\%$ от всех детей, родившихся живыми, заболевших пневмонией. Второе место занимают постнатальные пневмонии у детей с массой тела от 1500 до 1999 г ($172,1 \pm 12,9$ на 1000 живорожденных) и весом 2000 до 2499 г ($49,9 \pm 6,9$ на 1000 живорожденных), доля которых в структуре живорожденных составляет по 17,9%. Третье место занимают постнатальные пневмонии у детей в весовой категории от 2500 до 2999 г. (заболеваемость $13,2 \pm 3,6$ на 1000 живорожденных, удельный вес 11,1%). В весовых категориях до 999 г и от 1000 до 1499 г средний показатель заболеваемости постнатальными пневмониями был самый высокий — $280,7 \pm 16,6\%$ и $281,6 \pm 16\%$ соответственно, с недостоверными различиями. Наименьшая ИСМП. Безусловно, режим кувеза является важнейшим и неотъемлемым аспектом в выхаживании новорожденных, что обуславливает важность снижения риска инфицирования новорожденного в процессе выхаживания.

Вывод. При анализе рисков развития ИСМП

у новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела была выявлена высокая заболеваемость детей с ЭНМТ и ОНМТ постнатальными пневмониями (удельный вес пневмоний у этой группы новорожденных в общей структуре заболеваемости составил $30,8 \pm 4,9\%$ в структуре заболеваемости ИСМП).

Высокая заболеваемость постнатальными пневмониями может быть связана не только с нахождением новорожденных на ИВЛ, но и с таким фактором риска, как длительное нахождение этих детей в кувезах, обсемененность которых весьма высока.

Присутствие микроорганизмов на крыльчатках вентиляторов и других деталях кувеза создает условия для циркуляции микроорганизмов во внутреннем пространстве кувеза и инфицированию новорожденных воздушно-капельным путём.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов А.Г., Борисевич О.А., Буркова А.С. и др. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении. Методическое письмо. 2012.
2. Володина Н.Н. Неонатология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 112-116.
3. Солдатова И.Г. Оптимизация оказания медицинской помощи детям с неонатальными инфекциями. 2011.
4. Зубков В.В., Любасовская Л.А., Рюмина И.И. Микробиологический мониторинг в системе инфекционного контроля неонатальных стационаров. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014. №1. С. 51-56.
5. Желнина Т.П. Сравнительная характеристика эпидемиологического процесса внутрибольничных инфекций новорожденных при различных технологиях ухода. Автореферат диссертации. 2011. С. 100-112.
6. Володина Н.Н. Принципы ведения новорожденных с респираторным дистресс-синдромом. Методические рекомендации. М. 2002. С. 69.
7. Углева Т.Н., Колмаков И.В. Организация выхаживания новорожденных с экстремально низкой массой тела в условиях многопрофильной больницы. Медицинская наука и образование Урала. 2012. №3.
8. Кондратенко Т.А., Шеожеева А.В. Мониторинг циркуляции микроорганизмов среди новорожденных и недоношенных в период пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии. Медицинский Альманах. 2016. №3 (43).
9. Рыбкина Н.Л., Сафина А.И. Проблемы грудного вскармливания недоношенных детей. Вестник современной клинической медицины. 2013. №6. С. 78-82.
10. Виноградова И.В. Постнатальная адаптация дыхательной системы у недоношенных новорожденных и ее коррекция. Вестник современной клинической медицины 2013. Том 6. №6. С. 55-57.
11. Дударева М.В. Иммунный статус новорожденных детей с дыхательными расстройствами. Материал 4 ежегодного конгресса специалистов перинатальной медицины Ростовский НИИ акушерства и педиатрии. 2012. С. 16.
12. Искусственная вентиляция легких и вентилятор ассоциированная инфекция у новорожденных. Медицинский журнал Анестезиология и реаниматология ISSN: 0201-7563. 2012. С. 32-35.
13. Касихина С.А. Госпитальные инфекции в неонатологии и принципы организации профилактических мероприятий в проблемных отделениях. / С.А. Касихина, О.И. Милаева, Е.Н. Морозова и др // Педиатрия. 2004. №3. С. 66-68.
14. Научно-практический журнал «Эпидемиология и вакцинопрофилактика. Материалы III Международного конгресса по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. 2013. №6 (73).
15. Александрович Ю.С. Перспективные стратегии интенсивной терапии новорожденных детей с низкой и экстремально низкой массой тела. / Ю.С. Александрович, В.И. Горбачев, А.М. Пулин, А.В. Любимова // Сибирский медицинский журнал. 2010 г. №6. С. 12-15.
16. Хаертынов Х.С., Сатрутдинов М.А., Агафонова Е.А. Современные подходы к лечению неонатального сепсиса. / Х.С. Хаертынов, М.А. Сатрутдинов, Е.А. Агафонова // Вестник современной клинической медицины. 2013. №6. С. 97-99.

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ - ИНВАЛИДОВ В СОВРЕМЕННОМ ТАДЖИКИСТАНЕ

¹НОУ «Медико-социальный институт»

²ГУ «Медицинский центр Истиклол»

³ГОУ «Республиканский медицинский колледж

⁴Исполнительный орган государственной власти района Фирдоуси города Душанбе

Актуальность. Детская инвалидность является глобальной проблемой современной медицинской науки и практического здравоохранения многих стран мира. Более того, ее уровень представляется показателем состояния здоровья населения и напрямую связан с экономическим развитием и социальным благополучием страны [2, 5].

Так, по оценке экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), инвалиды составляют 15% населения планеты, из них 140 млн. - дети и подростки, у 5% новорожденных имеются врожденные аномалии развития. Причем 80% людей с инвалидностью проживают в развивающихся и бедных странах, и они имеют ограниченный доступ к социальным услугам, в которых нуждаются [3, 6].

Инвалидность с детства наносит значительный экономический ущерб обществу, так как из сферы его деятельности исключаются взрослые члены семьи, ухаживающие за ребенком-инвалидом. По прогнозам международных экспертов, в т.ч. и в нашей стране, сохраняется тенденция к увеличению числа инвалидов, особенно среди детей и подростков.

Согласно анализу первичных медицинских документов и оценкам национальных экспертов, болезни, обуславливающие рост детской инвалидности в стране - это различные патологии нервной системы, психические расстройства, травмы, отравления, врожденные пороки, болезни опорно-двигательного аппарата, уха, глаз, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта [1, 5].

При этом к напряженному и тяжелому морально-психологическому климату в семьях, приводит как, правило, их бедность, низкая материальная обеспеченность, оказывающая негативное влияние на качество их жизни и медико-социальную реабилитацию [1, 4].

В тоже время, состояние инвалидности выступает важнейшим индикатором общественного здоровья и здравоохранения, а деятельность служб реабилитации лиц с ограниченными возможно-

стями (ОВ) становятся прерогативой органов исполнительной власти на местах [2,6], обязанных самостоятельно ставить задачи и определять их функции. При этом важнейшее место в нем отводится занятости, обучению, переобучению, воспитанию, предоставление технических средств и приспособлений, позволяющих свободу для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам необходимой инфраструктуры и т.д. [3, 7].

К тому же большинство инвалидов постоянно сталкиваются с различными социальными барьерами, которые мешают им полноценно войти в жизнь общества из-за ограниченного доступа к службам здравоохранения, образования и занятости, и низкого качества оказываемых ими услуг.

Таким образом, современные семьи, имеющие детей с ограниченными возможностями, ежедневно сталкиваются с многочисленными проблемами, относятся к особым уязвимым группам населения, нуждающимися в соответствующей реабилитации.

Цель исследования. Выявить и оценить некоторые медико-социальные проблемы семей, с детьми - инвалидами и разработать рекомендации по их реабилитации в Таджикистане.

Материалы и методы исследования. Использованы данные официальной медицинской статистики, зарубежных источников литературы. Медико-социологический анкетный опрос семей, имеющих детей – инвалидов, проводили с 15 февраля по 15 марта 2022 года в 6 районах Хатлонской области и 4 районах республиканского подчинения (Вахдат, Рудаки, Гиссар и Шахринау). Количество респондентов составило 1800 лиц (женщин 72,8%, мужчин 27,2%), в т.ч. из 124 семьи с двумя и более детьми инвалидами. Респонденты имели различные уровни образования, социального благополучия и доходов. Обработка данных исследования проведена ретроспективным, клинко-статистическим и социально-аналитическим методами.

Полученные результаты и их обсуждение. На 1 апреля 2019 года в органах социальной за-

щиты состояли на учете 24419 детей-инвалидов, которые составили около 20% от общего числа инвалидов в стране (диаг. 1). Основными причинами инвалидности детей являются патологии центральной нервной системы - 32,2%, психические расстройства - 11,9%, болезни органов чувств-13,9% и опорно-двигательного аппарата-14,6%.

Возраст родителей составлял в пределах: 30-39 лет (40%), 40-49 лет (36%), 50-59 лет (15%) и от 60 лет и более (9%). Уровень образования: большинство респондентов имели высшее образование (50%), среднее - специальное (38%), среднее (12%). Установлено, что чем ниже уровень обра-

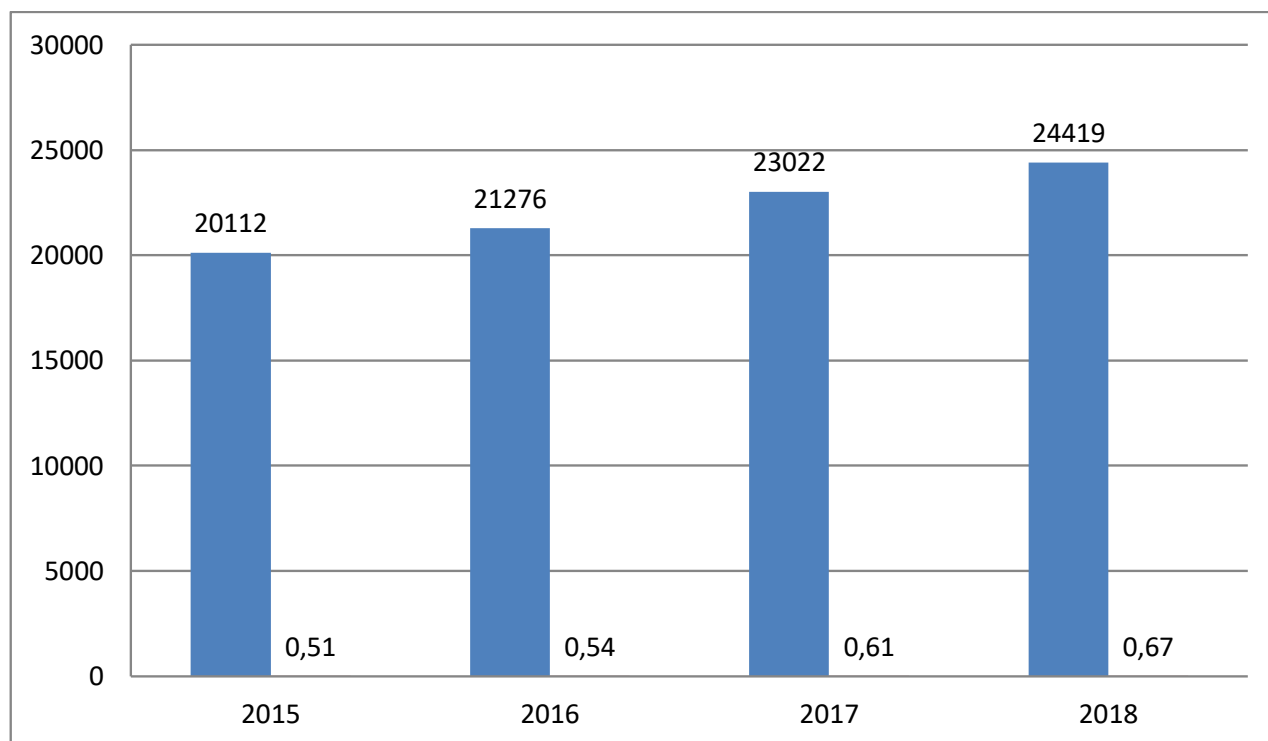
зования, тем позже диагностировались болезни ребенка, получившие статус инвалидности.

По социальному статусу 19% респондентов относились к категории рабочих профессий, 24% - к категории служащих, 17% - к интеллигенции, 4% – к предпринимателям, 6% к категории «безработных семей», 15% - к пенсионерам, 15% -к категории это мать-одиночка и 4% лиц - не указали социальную принадлежность своей семьи. Почти половина числа семей с ребёнком - инвалидом оставались неполными (43%), 31% имели обеих родителей и 26% семей были многодетными.

Как видно на диаграмме 1, численность детей

Диаграмма 1

Динамика численности детей-инвалидов в Республике Таджикистан за период 2015-2018 гг. (абс.чис.%)



- инвалидов с 2015 по 2019 годы увеличилось на 4307 человек, что можно связывать с некоторым улучшением диагностики врожденных патологий, ранним выявлением детей нуждающихся в медико-социальной экспертизе, в т.ч. с медицинской активностью населения.

Основным фактором неблагоприятного состояния семьи - это бедность, плохое питание, распространенность родственных браков и низкий уровень образования, особенно женщин проживающих в сельской местности. Установлено, что условия, в которых находится ребенок и его

окружение, больше всего влияют на физическое и умственное развитие.

При этом следует отметить, что в семьях с ребенком инвалидом, часто взаимоотношения между членами семьи, а также с представителями многих медико-социальных служб оставляет желать лучшего, так как когда в семье имеется больной ребенок, особенно инвалид, что отрицательно влияет на его социальное развитие как личности. Тем более это проявляется в семьях, в которых, в частности матери не работали от 4 до 8 лет -42% случаев, в 32% случаев не были в

трудоном отпуске учебу, в 25% случаев вынуждены были перейти на дистанционную работу.

Уход и вопросы реабилитации детей с поражениями ЦНС в основном касаются матерей, в связи с чем более 45% из них - остаются или становятся неработающими. При этом в 25% случаев у них был неполный рабочий день. Осуществление профессиональных планов нарушается со стороны матерей в 69,5% случаев, отцов в 19,5% случаев. Это объясняется тем, что реабилитационные мероприятия на ранних этапах их проведения требуют особого внимания. В связи с этим более 30% родителей не могут работать по своей профессии и переходят на другую работу. Вопросы ухода и воспитания детей с ограничивающими патологическими отклонениями, относятся к категории высокого социального риска.

Более 15% детей-инвалидов вошедших в основные группы исследования, проживали в семьях с низкими показателями доходов по сравнению с группой практически здоровыми детьми. Установлено, что более 40% семей имеющих детей - инвалидов, их ежемесячный доход составляет 684,17 сомони на одного члена семьи. При сопоставлении соответствующих данных у детей - инвалидов материальная обеспеченность их жизни была ниже на 25% по сравнению с детьми контрольной группы.

В связи с этим, социальная защита многие годы остается весьма значимой, в целом. К тому же необходимая материальная поддержка в период реабилитации должна сопровождаться улучшением качества жизни детей - инвалидов, что, в свою очередь, будет способствовать социальному сплочению всего общества.

Названные проблемы обусловлены большим количеством негативно воздействующих на ребенка социально-гигиенических, медико-демографических и психологических факторов. Так, появление малыша с врожденными дефектами резко ухудшает психологический климат в семье, в 27% случаев семья распадается, в 34% отцы не оказывают помощи в воспитании и лечении ребенка, вся тяжесть подобных забот ложится на плечи матерей. Следовательно, проблемы детей с ОВ в стране должны решаться с использованием комплексных, системных мероприятий способных решать все трудности их медико- социальной реабилитации.

При этом следует отметить, что семьи имеющие детей с хроническими заболеваниями, врожденными дефектами, часто испытывают стресс с множеством других ему способствующих факторов.

Один из них распад семьи, появление плохих взаимоотношений между всеми ее членами. Лечебные процедуры и реабилитационные мероприятия приводят к формированию «синдрома выгорания» - хронической усталости, раздражительности и частым конфликтам внутри семьи.

В этой связи проблемы связанные с вопросами обследования, амбулаторного лечения, медико - социальной реабилитации, ухода и питания требуют проведения комплексных мероприятий у детей с ОВ, которые необходимо начинать на уровне общин и центров здоровья, причем, на ранних этапах с использованием правовых и других программ, учитывающих индивидуальные особенности каждого ребенка.

Каждый протокол комплексной реабилитации должен предлагаться для лечения детей-инвалидов, особенно с патологиями ЦНС, опорно-двигательного аппарата, что приведёт к улучшению качества жизни и создаст условия для самостоятельности с длительной положительной динамикой.

Особое значение должно уделяться медико-социальной экспертизе детей с целью определения группы инвалидности, рекомендации реабилитационных мероприятий на всех уровнях. С другой стороны, необходимо оптимизация документооборота в службе для обеспечения преемственности реабилитационных мероприятий информированности и удовлетворенности семьи ребенка качеством оказания помощи.

Между тем для данных категорий больных не существует единого учета и до сих пор остаются дискуссионными вопросы реабилитации, проведения комплексного лечения и механизмы социального обеспечения.

Решением вопросов ухода, реабилитации и лечения остаются на уровне семейных врачей, тогда как другие немногочисленные подструктуры сферы здравоохранения не способны полноценно заниматься пропагандой и информированием родителей о мероприятиях медико-социальной реабилитации их детей. При этом участие семьи в медико-социальной защите больных детей является решающим, наряду со специализированным лечением.

Следует отметить, что большинство групп больных детей не получают или получают несоответствующую терапию, и медико-социальная помощь проводится с опозданием из-за несвоевременной диагностики. В частности лишь 15% больных детей в период новорожденности соответственно имели диагноз, проходили динамиче-

ское диспансерное наблюдение. Существующая в стране тактика медицинского обслуживания не предусматривает четко налаженного механизма периода наблюдения по клиническим показаниям на уровне общин, центров здоровья, медико-реабилитационных учреждений и курортного – санаторного лечения.

Что же касается больных детей старшего возраста с изменениями психики, нарушений речи, слуха, опорно-двигательного аппарата и со стороны других органов, то они в основном проживают в учреждениях системы социальной защиты.

Заключение. Статус семьи имеющего ребенка-инвалида определяется не только личностными особенностями ее членов и характером взаимоотношений между ними, но и занятостью. Решением специфических проблем ребенка-инвалида, вследствие болезни, закрытостью семьи для внешнего мира, дефицитом общения, частым отсутствием работы у матери, психологическим стрессом и бедностью, нарушениями законных прав ее ребенка, причем со стороны медицинских и образовательных учреждений. Более 50% всех инвалидов проживающих в сельских регионах проживают за чертой бедности и имеют ограниченный доступ к базовым услугам здравоохранения, образования, занятости и информационным технологиям. Среди семей с ОВ много неполных семей, в основном это матери-одиночки, в силу своей неосведомленности, либо «закрытости», мать пытается сама решать свои многочисленные социально-экономические и психологические проблемы, не надеясь на помощь специалиста – психолога и социального работника. Важнее место в системе реабилитации

детей с ОВ занимают учреждения медико-социальной экспертизы, где сформировано педиатрические службы на всех уровнях.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ситуационный анализ: состояние сферы реабилитации в Республике Таджикистан. - ВОЗ. – 2015. - 100с.
2. Рузиев М.М., Абдурахимов А.А., Гаилов А.Г., Богодирова М.Н. Детская инвалидность как медико-социальная проблема в Таджикистане / М.М. Рузиев, А.А. Абдурахимов, А.Г. Гаилов, М.Н. Богодирова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2019. Том IX. №4. - С.147-423.
3. Постановление Правительства Республики Таджикистан №455 от 28 октября 2016 года «Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы».
4. Постановление Правительства Республики Таджикистан №414 от 30 сентября 2021 года «О стратегии охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 годы».
5. Камилова Г.И. Основные факторы, обуславливающие первичную инвалидность населения Республики Таджикистан / Г.И. Камилова, Н.С. Ашурова, А.В. Чудинов, М.Г. Гаилова // Вестник Авиценны. 2015. №3 июль-сентябрь. - С.102-105.
6. Жданова Л.А. Проблемы и пути совершенствования медико-социальной помощи детям-инвалидам на амбулаторном этапе / Л.А. Жданова, И.Е. Бобошко, Л.К. Молюкова, Н.К. Рогачева // Российский педиатрический журнал. 2017;20(5).-С.288-293.
7. Етжанова Н.Г. Социальные проблемы семей с детьми - инвалидами / Н.Г. Етжанова, А.П. Макарова // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – №3-4, URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=15206> (дата обращения: 01.10.2022).

¹Кадамалиева М.Д., ²Азизова З.М., ³Пулатова Ш.С.

ВЛИЯНИЕ ГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ИММУНИТЕТ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ТОРСН-ИНФЕКЦИИ

¹*Кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета Таджикского национального университета;*

²*НИИ АГ и П МЗ и СЗН РТ;*

³*ГУ «МНЦ Шифобахш РТ»*

Актуальность. Существует два класса лимфоцитов: В - лимфоциты реализуют гуморальный иммунный ответ и вырабатываются в костном мозге, а Т- лимфоциты реализуют иммунные ответы клеточного типа, вырабатываются в тимусе [1, 2].

Проведённые изучения иммунного статуса у женщин репродуктивного возраста с генитальным герпесом, как с первичной, так и рецидивирующей инфекцией, выявили тенденции к повышению содержания иммуноглобулинов G и M и дефекты

клеточного иммунитета [3, 4]. Дисфункция Т-звена выражалась Т-лимфопенией, снижением уровня в крови Т-хелперной популяции лимфоцитов. У больных первичным герпесом этих изменений не было. После иммунокорректирующей терапии отмечается повышение содержания Т-хелперов, количества В-лимфоцитов в 1.5-2 раза, увеличение активности ферментов лизосом моноцитов [5, 6].

Изучалась роль аутоиммунных компонентов в патогенезе заболеваний мочеполовых органов у женщин репродуктивного возраста. Установлено, что длительное течение вагинитов и цервицитов в значительной степени связано с аутоиммунным компонентом. Важная роль в поддержании воспалительного процесса в половой системе принадлежит явлениям аутоагрессии, что подтверждается гистологическими, иммунологическими исследованиями [5, 8]. Многие звенья патогенеза генитального герпеса недостаточно изучены, хотя известно, что нарушение Т-системы клеточного иммунитета способствует переходу от вирусонесительства к рецидиву заболевания.

У больных, страдающих хламидийным цервицитом, отмечаются положительные кожные реакции на специфический аллерген, приготовленный из урогенитальных хламидий, что может служить подтверждением существования клеточного иммунитета [3, 5, 7]. Изучение факторов гуморального и клеточного иммунитета при уреоплазменной инфекции имеет теоретическое значение, наличие антител в сыворотке крови у женщин репродуктивного возраста при отсутствии клинических проявлений болезни свидетельствует о естественном иммунитете у серонегативных лиц [2]. Получены новые факты, демонстрирующие роль вирусиндуцированных аутореактивных Т-лимфоцитов, что позволяет рассматривать их как перспективное средство иммунотерапии аутоиммунных заболеваний [2, 6].

Целью работы явилось выяснение различных факторов, влияющих на иммунитет женщин репродуктивного возраста с герпесом, хламидийной и уреоплазменной инфекцией.

Материал и методы исследования. Для осуществления поставленной цели иммунологическое исследование было проведено до и после лечения иммунокорректорами у 40 женщин в возрасте от 20 до 35 лет с нарушениями репродуктивной функции при наличии герпеса, хламидиоза и уреоплазмоза. В качестве контрольной группы были выделены 20 здоровых женщин репродуктивного возраста. Для определения Т- и В-лимфоцитов

была использована методика окрашивания клеток в иммунофлуоресцентном тесте. Полученные из гепаринизированной крови лимфоциты женщин с инфекцией добавляли 5 мкл тестируемого моноклонального антитела, инкубировали 30-45 минут и к осадку отмытых клеток добавляли 50 мкл фрагментов овечьих антител к Ig мыши, меченных ФИТЦ и разведённых 1:100 и на основании количества антиген - позитивных клеток при просматривании 200 лимфоцитов за вычетом флуоресцирующих клеток. Для количественного определения иммуноглобулинов применялся метод радиальной иммунодиффузии по Манчини, а также гепаринизированная кровь исследовалась на количество фагоцитарной активности нейтрофилов и в сыворотке крови женщин определялись циркулирующие иммунные комплексы.

Результаты исследований и их обсуждение. Результаты показали, что из 40 обследованных женщин у 62.5% герпес, 25% хламидиоз, у 12.5% уреоплазмоз с инфекциями женщин репродуктивного возраста до лечения иммунокорректирующими препаратами отмечалось повышение Ig M , IgG , что указывало на развитие местной воспалительной реакции и с их вероятным непосредственным участием в цитолизе микроорганизмов в зоне иммунного конфликта. С целью выяснения связи антител с определёнными иммуноглобулинами наблюдалось, что у больных с уреоплазмозом характер иммуноглобулинов зависит от возраста женщин с нарушениями репродуктивной функции уреоплазменной этиологии. Так, у женщин в возрасте 20 лет антитела больше были связаны IgM, чем с IgG, а у больных старше 30 лет – больше с IgG, чем с IgM. Антитела являются хорошим показателем иммунитета, было выяснено, что при высоком титре антител не было клинических проявлений уреоплазмоза, что указывало на ранее перенесённый уреоплазмоз. Также при исследовании Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов из гепаринизированной крови женщин до лечения выявлено снижение клеток. Недостаточное количество Т-клеток и В-клеток приводит к неузнаванию чужеродных антигенов и фрагментов вирусных белков на поверхности клеток инфицированными вирусами. Цитотоксическая Т-клетка в малом количестве не может убить клетку, инфицированную вирусом и только при нормированном содержании может распознать фрагменты вирусных белков. Хотелось отметить что у 62.5% женщин с герпесом из анамнеза выяснено, что первичным бесплодием страдали 12.5%, а вторичным бесплодием 50% и

при обследовании Ig G в норме (7.20-16.32г/л) были повышены в 2-3 раза, Ig M в норме (0.61-1.82г/л) в 3 раза. У 12.5% женщин с первичным бесплодием из анамнеза выяснено, что гормональные нарушения с клиническими проявлениями олигоменореи отмечались у 5%, отсутствие овуляции - у 5%, с персистенцией фолликула 2.5%. У 50% женщин с герпесом причиной вторичного бесплодия явилась непроходимость маточных труб до интерстициального отдела 12.5%, до истмического отдела у 12.5%, до ампулярного отдела у - 25%, наряду с этим у всех был хронический метроэндометрит и сальпингоофарит по поводу чего проводилась неоднократная не специфическая терапия. Больным с герпесом после проведенного специфического лечения была назначена поливалентная противогерпетическая вакцина 0.2мл один раз в три дня в/к №5 пять инъекций. После применения иммунотерапии наблюдалось уменьшение числа рецидивов и увеличилась длительность ремиссий. О восстановлении подавленного иммунитета говорят показатели иммунограммы. Из 40 обследованных женщин у 25% с нарушениями репродуктивной функции были обнаружены хламидии, все женщины страдали вторичным

бесплодием. У 5% отмечался спаечный процесс в малом тазу, у 12.5% наблюдались эндоцервициты, у 10% кольпиты, у 10% метроэндометриты. При метросальпингографии у 12.5% обнаружена непроходимость маточных труб до ампулярного отдела. До назначения иммуномодуляторов отмечалось повышение Ig M и IgG снижение абсолютного числа Т-лимфоцитов резкое снижение коэффициента Т-хелперов. Наиболее показательным явилось снижение фагоцитарной активности нейтрофилов. Выявленные данные нарушения являются патогенетическими важными и обуславливают необходимость использования иммуномодуляторов в комплексной терапии у женщин с нарушениями репродуктивной функции хламидийной этиологии. Нами в качестве иммуномодуляторов применялся циклоферон 12,5% по 2,0 мл один раз в день в 1-2-4-6-8-10-12 дни и во влагалище ставились свечи с 5 мг полиоксидония два раза в день. На двенадцатый день после лечения отмечалась нормализация количества иммуноглобулинов, а к 20 дню количество Т-лимфоцитов повысилось. В качестве специфической терапии применялся клацид по 250 мг два раза 10 дней.

У больных с уреоплазмозом (12.5% из 40)

Таблица

Различные изменения иммунологического статуса у женщин с нарушениями репродуктивной функции с герпесом,хламидиозом и уреоплазмозом

Иммунология женщин n=40 чел. 100%	Т- лимфоциты N- 4000 -9000кл/мкл		В – лимфоциты N-150-500кл/мкл		IgA N – 1.92 – 5.3 г/л		IgM N – 0.58 – 1.38г/л		IgG N – 7.20 – 16.37г/л	
	до	после	до	после	До	после	До	после	До	после
Лечение										
Герпес n= 25 чел. 62.5%	1000	4000	70	150	4.0	5.3	2.0	0.58	20.0	8.0
Хламидиоз n = 10 чел. 25%	1520	6000	100	300	2.0	5.0	3.2	1.38	19.6	16.1
Уреоплазмоз n = 5 чел. 12.5%	1655	7000	130	500	1.95	5.1	3.1	1.3	17.8	16.3

10% страдали вторичным бесплодием, отмечалось нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи у 5% женщин, хроническим метроэндометритом были больны все 12.5%. Из анамнеза выяснено, что им 2-3 раза в год проводилась неспецифическая терапия. До назначения иммуномодуляторов у больных отмечалось незначительное повышение Ig G и Ig M, а также незначительное снижение Т-лимфоцитов. Женщинам с уреоплазмозом назначался Т-активин по 100 мг один раз п/к в течение 7 дней, а также использо-

вались вагинальные суппозитории виферона по 500000 МЕ один раз в день во влагалище в течение 10-ти дней, после чего отмечалась нормализация всех параметров иммунитета

Вывод. Таким образом, при обследовании иммунологического статуса женщин с нарушениями репродуктивного возраста до лечения обнаружено повышение гуморального и снижения клеточного иммунитета. Использование корректоров иммунитета при хронических вяло текущих заболеваниях, передаваемых половым путём, вирусной и бактери-

альной этиологии, способствовало восстановлению клеточного и гуморального иммунитета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлов В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. 2012, с.98-117. СПб
2. Киселёва В.И., Щербо С.Н., Определение Urealyticum методом гибридизации ДНК с использованием. Биохимия 1995,с. 783-790
3. Исаков С.А., Елизаров В.В., Особенности диа-

гностики и иммунного статуса у больных с генитальным герпесом; Тез. докл. – Казань, 1996

4. Баринский И.Ф., Шубдалидзе А.К. -Герпес. *Этиология, диагностика, лечение.* - М.:Медицина,1986, 272 с.

5. Бикбулатов Р.М., Козлова В.И., Демидова С.А. - Сов. Медицина.,1983, №3 с. 50-54.

6. Васильев М.М., Кисина В.И. – Эффективность клаида при лечении хламидийной и смешанной инфекции.- М.:Медицина, 1994,154с.

7. Коробейникова Э.А., Емельянова Е.А.- // Тез. докл. Казань, 1996,с.67-69.

¹Кадамалиева М.Д., ²Азизова З.М., ³Пулатова Ш.С.

ВЛИЯНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА БАКТЕРИАЛЬНОЕ ОБСЕМЕНЕНИЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

¹*Кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета Таджикского национального университета;*

²*НИИ АГ и П МЗ и СЗН РТ;*

³*ГМУ «МНЦ Шифобахш РТ»*

Актуальность: Исследование бактериальной флоры женщин репродуктивного возраста страдающих воспалительными заболеваниями половой системы имеет научно – практический интерес, так как диагностика и знание характера инфекции является залогом эффективной терапии воспалительных заболеваний мочеполовой системы, репродуктивной функции. В последние годы именно анаэробной, а также аэробной инфекциям уделяют особое внимание, поскольку она приобретает реальную значимость в клинической практике. Большинство анаэробов – сапрофиты, постоянно вегетирующие в нижних отделах половых путей и перианальной области. Однако при определённых обстоятельствах и состояниях, способствующих развитию инфекции (анемии, ожирение, деформация шейки матки и другие) бактерии могут мигрировать во внутренние органы, вызывая воспалительный процесс.

При гнойных воспалительных заболеваниях придатков матки наиболее часто (80 - 85%) выделяют облигатные анаэробные микроорганизмы, в частности бактероиды, реже (33-65%) – факультативные анаэробные бактерии, которые, как правило, сочетаются с грамположительными (энтерококки) и грамотрицательными (кишечная и синегнойная палочки) аэробами [6].

Выяснено потенцирующее влияние анаэробов (пепто – и стрептококков, бактероидов, фузобактерий) на рост и размножение аэробов (золотистого

стафилококка, синегнойной и кишечной палочек). Небезынтересен и тот факт, что аэробные и факультативные бактерии выигрывают от подобного симбиоза значительно больше, чем анаэробы [7]. Для объяснения такого микробного синергизма предложено несколько гипотез. Полагают, что описанный феномен может быть связан с совместной защитой бактерий от фагоцитоза и внутриклеточного уничтожения, продукцией важнейших ростовых факторов, со снижением окислительно - восстановительного потенциала тканей макроорганизма [8]. Таким образом, демонстрация синергического потенциала анаэробных бактерий дополнительно подтверждает их патогенную роль в развитии воспалительного процесса. Важнейшим фактором вирулентности анаэробных бактерий является их капсула. Наличие её, с одной стороны, определяет способность этих микроорганизмов самостоятельно индуцировать гнойный процесс, с другой – создаёт оптимальные условия для роста и размножения инкапсулированных штаммов. Правоммерно также предположить, ранняя и интенсивная антимикробная терапия, направленная против как аэробных, так и анаэробных бактерий, способна прервать инфекционный процесс ещё до формирования инкапсулированных штаммов, связанных с хронизацией инфекции. И хотя в литературе немало работ касающихся диагностике инфекций половой системы, с практической точки зрения имеет значение знание характера и источника

инфекции отдельно взятого больного, лечения с учетом конкретной инфекции [1-5].

Цель исследования: Учитывая изложенное, нами поставлена цель изучить особенности бактериального обсеменения цервикального канала и носоглотки женщин репродуктивного возраста, страдающих воспалительными заболеваниями половой сферы и разработать научно – обоснованные, рекомендации по адекватной терапии.

Материал и методы: Бактериологические обследования цервикального канала и носоглотки проведено у 116 женщин репродуктивного возраста с клиническими проявлениями эндоцервицита, эндомиометрита, сальпингоофарита. А также 40% из них страдали первичным бесплодием и 60% вторичным бесплодием различного генеза. У женщин с первичным бесплодием отмечались нарушения гормонального характера ановуляторных циклов, персистенции фолликула, нарушения менструальной функции по типу олигоменореи и альгодисменореи. Со вторичным бесплодием отмечалось непроходимость маточных труб микс бактериальных обсеменений. Колонизация маточных труб анаэробами происходило вторично. В качестве контрольной группы исследования проведены у 21 женщин проживающих в городе Душанбе.

Всего выполнено 120 бактериологических исследований. При выявлении инфекции проводилось лечение с учетом выявленной микрофлоры и результатов исследования посева на чувствительность к антибиотикам.

Результаты исследования и их обсуждение.

Бактериологические исследования проб из цервикального канала и носоглотки показали, что микрофлора, вызывающая воспалительные поражения половой системы хотя и чрезвычайно разнообразна, но зачастую результаты посева флоры параллельно из носоглотки и цервикального канала идентичны. Так, из 116 обследованных женщин не выделена микрофлора из одного локуса у 29,1% -43 женщин, из двух источников у 11 женщин (7,4%).

У остальных обследованных женщин выделено от 1 до 4 возбудителей в одном локусе.

У всех женщин высевался преимущественно эпидермальный стафилококк в двух локусах. Золотистый стафилококк обнаружен в носоглотке у трети селянок. Характерна высокая высеваемость грибов из цервикального канала у женщин.

Характерной особенностью микробного обсеменения женщин является наличие смешанной флоры. Так, миксы из 2 микроорганизмов высеваны у 18 женщин, из 3 микроорганизмов у 11 женщин, и из 4 микроорганизмов у 2 женщин.

Типичным для миксов является присутствие кишечной палочки, сочетание её с эпидермальным стафилококком, грибами (23 случаев), реже с золотистым стафилококком и стрептококками (6 случаев). У женщин контрольной группы миксы встречались значительно реже.

Заключение: Выявлены особенности бактериального обсеменения, а именно частое единовременное выделение идентичной микрофлоры в двух локусах (цервикальном канале и носоглотке)

Таблица 1

Особенности микрофлоры женщин репродуктивного возраста, М±m

Возбудители	Носоглотка	Цервикальный канал	Носоглотка контр.гр.	Цервикальный канал контр.гр.
Эпидермальный стафилококк	38±55,1%	23±50%	19,0±61,3%	9±39,1%
Золотистый стафилококк	22±31,9%	6±13,0%	10±32,3%	3±13%
Сапрофитный стафилококк	3±4,4%	1±2,2%		1±4,4%
Негемолитический стафилококк	-	-		
Кишечная палочка	-	1±2,2%		
Стафилококк	-	-		
Стафилококк пиогенный	-	-		
Стафилококк пневм.	-	-		
Грибы	5±7,2%	14±30,4%	1±3,2%	6±26%
Протей	1±1,4%	1±2,2%	1±3,2%	3±13%
Микрококк				
Цитобактер	-	-		
Грам (+) палочка	-	-		
Всего	69	46	31	22

и наличие смешанной флоры, миксов состоящих из двух, трех микроорганизмов.

Изложенное диктует необходимость проведения обязательных исследований – посева выделенной флоры на чувствительность к антибиотиками и лечения с учетом полученных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арестова И.М. Занько С.Н., Русакеевич П.С. генитальные инфекции и беременность. М. медицина

2015г. 156с.

2. Башмакова М.А., Кошелева Н.Г., Калашникова Е.Л. Инфекция и бактериальная колонизация урогениталий у беременных, влияние на течение беременности, плот и новорожденных. М 2001г., 168с.

3. Дмитриев Г.А. Лабораторная диагностика бактериальных урогенитальных инфекции М. 2013 г. 336с.

4. Кисина В.И. Урогенитальные инфекции у женщин. М. 2015г. 276с.

5. Петерсен Эйко Э. Инфекции в акушерстве и гинекологии Медпресс – информ, 2017г. 352с.

¹Касимова Ч., ¹Иброхимов М. И., ²Кузиева Л.С., ²Гозиев Дж.Г., ³Махмудова Д.Ш.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ - ИНВАЛИДОВ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ЦЕНТРЕ «ЧОРБОГ»

¹ *ГУ Национальный детский реабилитационный центр;*

² *ГУ НИИ Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;*

³ *Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, медицинской статистики с курсом история медицины ТГМУ им. Абуали ибн Сино Республики Таджикистан*

Актуальность. Общеизвестно, что детская инвалидность – это не только проблема семьи имеющей такого ребенка, но и государства в целом. Эта категория граждан остро нуждается не только в социальной защите, но и в понимании их проблем со стороны окружающих людей, которое будет выражаться в человеческом сочувствии и равном отношении к ним как к обычным детям. Однако они нуждаются в реабилитации. Детская инвалидность охватывает все секторы и требует обязательств и участия разных заинтересованных сторон, так как является социально значимой проблемой и необходимо достижение максимально возможного функционирования и адаптации этих детей. Меры поддержки, оказываемые в настоящее время со стороны государств, со временем приобретают все более значительный характер с целью сократить дистанцию, возникающую между инвалидом и здоровым человеком.

Социальная политика Республики Таджикистан нацелена на предоставление людям с ограниченными возможностями равных с другими гражданами возможностей в реализации всех категорий прав человека. С момента приобретения независимости в Таджикистане принята достаточная нормативно-правовая база, обеспечивающая инвалидам социальную защиту для осуществления своих прав и свободы наравне с другими гражданами страны. Законодательные акты Таджикистана по части заботы и помощи людям с ограничен-

ными возможностями в содержательном плане приближаются к законам и принципам, принятым во всем мире. И хотя инвалиды, а также их семьи, по-прежнему, наталкиваются на барьеры во взаимопонимании и общении с другими людьми, многое свидетельствует о том, что в целом социальное отношение к инвалидам постепенно улучшается: взамен невнимания и отвержения пришли признание их прав, достоинства и полноценного участия в жизни общества. Согласно Конституции страны, государство заботится о защите детей-сирот и инвалидов, их воспитании и образовании и каждому гарантируется социальное обеспечение в случаях инвалидности.

Цель исследования. Оценить работу ГУ Национального реабилитационного центра для детей и подростков «Чорбог» субъективной оценки качества в контексте оказываемых реабилитационных услуг.

Материал и методы исследования. Материалом послужили собранные данные при изучении документаций в процессе функционирования учреждения с 2020 до 2021 год. Единицей измерения послужили дети инвалиды с 4 до 18 лет. Анализ полученных данных проводился клинико-статистическим и социально-аналитическим методом

Результаты исследования и их обсуждение. ГУ Национальный реабилитационный центр для детей и подростков «Чорбог» функционирует с 06.09.2006 года и в настоящее время в учреж-

дении функционирует три отделения. В первых двух отделениях ежегодно на постоянной основе находятся около 200 детей с ограниченными возможностями, в основном с такими патологиями как: умственная отсталость в средней и тяжелой форме, эпилепсия, ДЦП, недоразвитие речи 1-2 стадий. Среди находящихся на постоянной основе мальчики составляют 129 (69,7%) и девочки 56 (30,2%) соответственно. Основными нозологиями, как видно из табл. 1, являются ДЦП, задержка речи, олигофрения составляя более 80%

Таблица 1

**Нозологические формы детей инвалидов
находящихся на постоянной основе
(абс.чис.,%)**

Нозологические формы	Абсолютное число	%
Детский церебральный паралич	73	39,4%
Олигофрения	72	38,9%
Болезнь Дауна	8	4,3%
Кифосколиоз	8	4,3%
Эпилепсия	4	2,2%
Аутизм	3	1,6%
Микроцефалия	4	2,2%
Гидроцефалия	3	1,6%
И другие (заболевания головного мозга и врожденные аномалии)	10	5,4%
Всего	185	

При этом задержка и недоразвитие речи отмечались в 120 случаях- 64,8% соответственно. В основном на постоянной основе находятся дети из г. Душанбе, РПП Хатлонской области составляя 95%.

Таблица 2

Структура госпитализации по регионам

Название регионов	Абсолютное число	%
г. Душанбе	52	28,1%
Районы республиканского подчинения	73	39,5%
Хатлонская область	52	28,1%
Согдийская область	7	3,8%
ГБАО	1	0,5%
Всего	185	

В третьем отделении принимаются дети сопровождаемые родителями. В этом отделении в

течение 21 дня с детьми проводятся различные реабилитационные мероприятия, а так же тренинги и семинары с родителями. Дети поступают со всех регионов по согласованию с отделом социальной защиты Министерства здравоохранения и социальной защиты населения. Основная цель третьего отделения заключается в том, чтобы дети инвалиды после курса реабилитации в дальнейшем оставались в семье.

Госпитализация проводится по принципу очередности формирования группы нуждающейся в реабилитации. Так с 2020 по 2021 год включительно было сформировано 18 цикловых групп, где получили лечение 970 детей (табл. 3).

Таблица 3

**Количество детей получивших лечение
по группам с 2020 по 2021 годы**

Регионы	2020 год	2021 год	Всего
г. Душанбе	82	98	180 (18,6%)
РПП	190	186	376 (38,7%)
Хатлон	173	154	327 (33,7%)
Согд	45	15	60 (6,2%)
ГБАО	11	16	27 (2,7%)
Всего			970

Как видно из табл. 3 в третье отделение (на групповой основе) в основном поступали дети инвалиды из РПП -38,7%, Хатлонской области – 33,7% и города Душанбе – 18,6%, - в общем, составляя 90% соответственно.

В центре проводятся следующие реабилитационные мероприятия: массаж, физиотерапия, механотерапия, гидро-кинезотерапия, реабилитация с использованием воды и песка, иглотерапия, трудотерапия.

Все эти методы реабилитации проводятся в специально созданных условиях:

1. Кабинет для устранения дефектов речи - логопед.
2. Кабинет художественных промыслов – рисование, работа с тестом, пластилином.
3. Кабинет лечебной физкультуры, где дополнительно используются танцы с музыкальным сопровождением.
4. Кабинет дефектолога - для разработки подвижности конечностей.
5. Кабинет развлекательных игр.
6. Сказочная комната.
7. Учебная комната.
8. Сенсорная комната – для укрепления зре-

ния, слуха и интеллекта

9. Комната для проведения семинаров с родителями и библиотека

Нами была разработана экспресс-методика, направленная на выявление у пролеченных детей эффективности реабилитации, а также активизации различных видов деятельности, присутствующих в повседневной жизни. И в первую очередь, освоенность разнообразных и регулярных видов жизнедеятельности (умения, досуг, социально-бытовые навыки). При этом оценку эффективности проведенного курса реабилитационных мероприятий оценивали по следующей бальной системе: хорошая (++) , частичная (+) , слабая (+-) и без изменений (табл. 4).

Таблица 4

Оценка эффективности реабилитации детей инвалидов находившихся на временной основе (абс.чис., %)

Годы	хорошая (++)	частичная (+)	слабая (+-)	без измене- ний
2020	110	107	231	43
2021	43	146	228	22
Всего	153 (15,7%)	235 (26%)	459 (47,3%)	65 (6,7%)

Хотя около 70% занимают частичны и слабый эффект после проведенного курса реабилитации, однако отсутствие изменений в какую либо сторону отмечается лишь в 6,7% соответственно.

В процессе работы нами было выявлено, что

наилучший результат отмечался у детей, которые находятся с родителями, чем находящихся на постоянной основе.

Заключение. Специалисты центра пришли к следующему выводу, что детям инвалидам не зависимо от нозологической формы можно и нужно, проводить комплексную реабилитацию. При этом требуется большое время, терпение, как родителей, так и медперсонала. Кроме лечебных учреждений реабилитацию желательно проводить постоянно в домашних условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валиев Д.А. О значение социальной адаптации детей с ограниченными возможностями к условиям жизни в сообществе / Д.А. Валиев // Материалы научно – практической конференции «Основные факторы инвалидности и пути развития медицинских и социальных услуг для детей с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан». Душанбе, 2011г. - С.58-63;
2. Вохидов А.В. Профилактика детской инвалидности как следствие врожденной пороков развития / А. Вохидов, З.Н. Набиев // Сборник материалов заседания круглого стола посвященного проблемам «Профилактики и реабилитации детской инвалидности в Таджикистане». Душанбе 2011, - С. 30-36;
3. Проблемы инвалидности в России, состояние и перспективы / под редакцией Осадчих А.И., Пузина С.Н., Лавровой Д.И. и р. / Москва, медицина 20002, С. 26-31;
4. Материалы научно-практической конференции посвященной 20-летию НИИ экспертизы и восстановления трудоспособности инвалидов // Развития медицинских и социальных услуг для людей с инвалидностью в Таджикистане / Душанбе 2012г. 330с.

Косимов М.М.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЁБА

ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»

Актуальность. Врождённые аномалии челюстно-лицевой области (ЧЛО) могут быть причиной возникновения морфологических, функциональных и эстетических отклонений, которые могут существенно оказать влияние на качество жизни ребенка. Сам факт наличия в области лица пациента дефекта, которое зачастую сопровождается затруднениями речи, приводит к возникновению постоянного психогенного воздействия на ребенка

и его родителей [2].

Организация, совершенствование и оказание помощи больным, родившимся с врождённой патологией ЧЛО, в частности ее отдельной группой расщелинами губы и нёба, — актуальная проблема современной медицины [1].

В этиологическом аспекте достаточно сложно выделить один и даже несколько факторов ВРГиН, по этой причине данная группа заболеваний от-

носятся к мультифакторной патологии, включающие различные эндогенные, экзогенные, а также генетически обусловленные факторы [3-5].

Сама проблема организации и проведения реабилитации детей с врожденными расщелинами неба достаточно многогранна и сложна. Конечным итогом всей работы должно быть восстановление функции артикуляционного аппарата и формирование правильной речи у детей [3, 5, 7].

До сегодняшнего дня проблема организации и проведения лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГиН) продолжает оставаться достаточно актуальной не только для нашей страны, но и других стран включая Россию. Одной из причин возникшей ситуации является отсутствие налаженной системы подготовки высококвалифицированных специалистов, и как итог сказанного не совершенствование существующей специализированной помощи детям с таким классом заболеваний.

В настоящее время в некоторых регионах страны продолжает существовать практика наличия недостаточно эффективной организации оказания помощи, не во всех профильных учреждениях имеются детские челюстно-лицевые хирурги, по этой причине возникают ситуации, когда операции выполняют общие детские хирурги без привлечения таких специалистов, как ортодонты, логопеды, психологи и др., роль которых на этапах комплексного лечения детей с периода новорожденности достаточно весома. По профилю работы детские хирурги общей специализации, привлекаются к оказанию первичной хирургической помощи, причиной тому является невозможность решить организационные вопросы для своевременного перевода пациента и его родителя (опекуна, сопровождающего) в ведущие клиники центра страны.

К основному способу лечения детей, страдающих ВРГиН является хирургическое устранение дефекта верхней губы и неба – хейло- и уранопластика. К большому сожалению не всегда предоставляется возможность достичь желаемого эффекта от оперативного лечения, причиной тому является сложности в восстановлении целостности небно-глоточного затвора. Этот момент и провоцирует возникновения сложностей в обеспечении достаточно эффективного функционирования ЧЛЮ, что приводит к возникновению больших сложностей в процессе нормального питания и формирования речевого контакта.

Самой эффективной формой оказания поддержки таким пациентам и их семьям служит

многопрофильная помощь в специализированных центрах. Комплексная реабилитация детей с врожденными пороками развития ЧЛЮ возможна только при осуществлении специального алгоритма лечения этой категории пациентов.

Все указанные моменты, включая возникшие неудовлетворительное качество жизни, невозможность полноценной реабилитации пациентов с ВРГиН дает основания говорить о высокой актуальности проблемы реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Цель. Разработка методологических основ доступности и качества специализированной реабилитационной помощи детям с врожденной патологией ЧЛЮ в условиях специализированного центра.

Материалы и методы исследования. Разработана и апробирована модель «Консультативно-координационного центра по реабилитации пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области на базе НКИ стоматологии челюстно-лицевой хирургии.

Результаты исследования и их обсуждение. С точки зрения этиологии и эмбриогенеза ВРГ и Н подразделяют на две группы: первая группа - расщелина неба (порок развития вторичного неба); и вторая группа - расщелина губы с или без расщелины неба (порок развития первичного неба). В нашем наблюдении среди пациентов с изолированной ВРГ и Н преобладала группа детей, имеющих расщелину губы с или без расщелины неба – 80% случаев, расщелина неба встречалась в 20% случаях. Таким образом, в нашей выборке изолированная ВРГ с/без Н встречалась в 4 раза чаще, чем изолированная ВРН.

При сравнении распределения клинических форм ВРГ и/или Н среди мальчиков и девочек выявлено, что у девочек чаще наблюдалась изолированная расщелина неба, которая составила – 53,4% случаев, у мальчиков соответственно 46,6% случаев, то есть такая клиническая форма встречается у представительниц женского пола чаще, чем у представителей мужского, что соответствует известному распределению данного порока по полу.

К настоящему времени в большинстве стран СНГ, наиболее квалифицированно и полно разработаны целый комплекс организационно методических подходов к организации помощи детям, страдающим ВРГиН. Однако, к настоящему времени, в нашей стране пока стройной удовлетворяющих все вовлеченные стороны система отсутствует, хотя некоторые попытки к организации специ-

ализированной помощи детям с ВРГиН сделаны.

В этой связи, признавая роль ГУ НКИ Стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН РТ и его вклад в организацию стоматологической и узкоспециализированной хирургии челюстно-лицевой области, нами на ее базе разработана стройная система высоко специализированного «Консультативно-координационного центра (ККЦ) по реабилитации больных, страдающих пороками развития ЧЛЮ».

Были предприняты мероприятия по реорганизация специализированной помощи детям с врожденным классом заболеваний ЧЛЮ направленное на повышения доступности и качества реабилитационных мероприятий которая была направлена на координацию центра, на учла такие недостатки предыдущей структуры, как отсутствие контролируемой связи с родильными домами, отсутствие в составе специалистов раздела амбулаторной помощи сурдолога и психиатра.

Оценку эффективности разработанных и внедрённых мероприятий проводили с использованием наиболее значимых показателей медицинской, социальной и экономической эффективности путём проведения сравнительного анализа данных работы центра за период с 2016 по 2020 гг.

Основной целью реорганизации центра было сосредоточено на том, чтобы повысить качество жизни детей, страдающих патологией ЧЛЮ, через совершенствование основных принципов оказания высокоспециализированной медицинской помощи.

В процессе анализа была дана оценка следующим критериям

Клинико-организационным аспектам центра;

– определяли уровень физического, психического, социального и экономического благополучия, охватывающего следующие аспекты:

– достаточность физических (функциональных) возможностей больного для самообслуживания, толерантность к физическим, социальным, эмоциональным нагрузкам, необходимость иметь адекватный сон и отдых, мобильность и независимость;

– социально-экономические связи пациента (место в семье и участие в её жизни, материальное обеспечение и расходы на лечение, профессиональные обязанности, общение с друзьями и активный отдых);

– положительное эмоциональное восприятие жизни (ощущение себя обузой для семьи и близких, потеря контроля над жизнью и собой, страх за будущее и чувство безысходности).

– имеющих патологию ЧЛЮ, повышение качества их жизни.

Подводя итог проведенного анализа было установлено, что только оперативной коррекцией дефекта невозможно добиться нужного результата. Выявленные доводы явились основанием к формированию и реализации комплексного подхода к реабилитации детей-инвалидов с привлечением специалистов широкого профиля: хирурга, генетика, оториноларинголога, сурдолога, ортодонта, педиатра, логопеда, психиатра, ортопедостоматолога.

На (рис. 1) приведены основные принципы построения последовательности действий при оказании лечебно-реабилитационных мероприятий детям с врождённой и наследственной патологией ЧЛЮ.

На сегодняшний день ККЦ располагает возможностями совершенствования профилактики и лечения детей с врождённой патологией ЧЛЮ, основанной системе учёта и мониторингования детей с врождённой патологией ЧЛЮ, что послужило основанием к разработке и внедрению адекватных диагностических, лечебных и реабилитационных технологий.

Развитие взглядов на проблему лечения и реабилитации пациентов с врождённой патологией ЧЛЮ привело к пониманию того, что только оперативной коррекцией дефекта невозможно добиться нужного результата. По этой причине в центре реализован комплексный подход к реабилитации детей-инвалидов с привлечением специалистов широкого профиля: хирурга, генетика, оториноларинголога, сурдолога, ортодонта, педиатра, логопеда, психиатра, ортопедостоматолога. На сегодняшний день Центр располагает современными методами диагностики, методиками оперативного лечения, логопедического обучения и ортодонтической коррекции, имеет значительный опыт реабилитации пациентов с врождённой патологией ЧЛЮ. Программа лечения и реабилитации детей в Центре включает все возрастные группы.

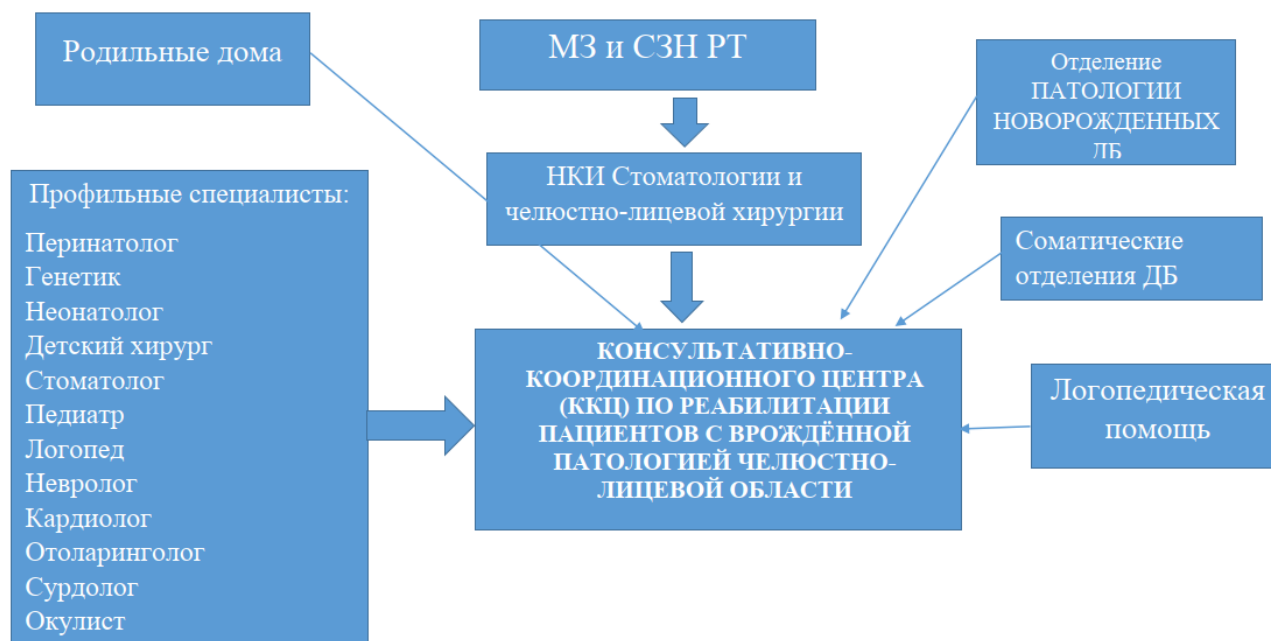
Недостаточная информированность, в первую очередь руководства медицинских учреждений общего назначения, ранее приводила к затягиванию начала реабилитационных мероприятий. Разработка системы информированности о работе центра позволила брать детей с врождённой патологией ЧЛЮ на учёт в раннем возрасте. Налаживание данного принципа работы позволило начиная с 2018 г., до 90–95% детей-инвалидов регистрировать в базе данных центра в течение первых месяцев жизни.

Информированность, чёткое выполнение всех

**Принципиальная схема «Структуры ККЦ по реабилитации больных с ВРГиН при
ГУ НКИ Стоматологии и челюстно-лицевой хирургии**

Структура

**КОНСУЛЬТАТИВНО-КООРДИНАЦИОННОГО ЦЕНТРА (ККЦ) ПО
РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЁННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ на базе НКИ СТОМАТОЛОГИИ И
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ МЗ И СЗН РТ**



пунктов алгоритма, разработанного специалистами центра, а также освоение новых методов оперативного лечения позволили снизить возраст детей с врождённой патологией ЧЛО при проведении уранопластики с 6 до 3 лет, хейлопластики — с 12 до 6 мес.

Немаловажное значение в оценке эффективности работы Центра имеет показатель количества развившихся осложнений. Основными видами осложнений после хирургического вмешательства бывают послеоперационное расхождение швов нёба после проведения уранопластики и рубцовая деформация верхней губы после хейлопластики, требующие проведения повторных корректирующих

операций. Количество этих осложнений возрастает при несоблюдении принципов своевременности и комплексного подхода. После разработки чётких алгоритмов лечения детей с врождённой патологией ЧЛО количество осложнений уменьшилось.

При построении алгоритма реабилитации детей с ВРГН, мы руководствовались к условиям региона, с учетом менталитета населения, а также особенностями соматического статуса детей.

Процесс реабилитации должен быть организован по принципу долгосрочности и охватывать весь детский возраст, а иногда возникает необходимость в вовлечении в процесс лиц более старшего возраста.

Таблица 1.

Возрастные периоды детства

Пренатальный период	Неонатальный период	Грудной возраст	Ясельный возраст	До школьный период	Младший школьный возраст	Старший школьный возраст
--	До 1 месяца	С 1 мес. до 1 года	С 1 года до 3 лет	С 3 до 6 лет	С 7 до 10 лет	С 10 до 18 лет

Для достижения необходимой системы алгоритма по диагностике лечению и реабилитации детей с ВРГиН, нами в качестве основы алгоритма был взят принцип определение целевой группы для каждого возрастного этапа в онтогенетическом аспекте.

С учётом особенностей реабилитации детей с ВРГиН в различных регионах страны нами за основу были приняты периоды жизни детей, выделенные в педиатрии на 7 периодов:

Разработанная и внедрённая система учёта и мониторинга детей с врождённой патологией ЧЛО позволяет курировать больных вне зависимости от их социально-экономического положения, ответственности и сознательности родителей. Для этого была разработана компьютерная программа, позволившая создать базу данных, в которую заносят результаты осмотра пациента с указанием рекомендаций специалистов по лечению и реабилитации на всех этапах. Мониторинг динамики развития заболевания врачами отдельных специальностей с момента внесения больного в базу данных до момента снятия его с учёта позволяет оценить степень риска развития возможных осложнений и качество полученного пациентом лечения. Данная программа удобна, относительно проста, современна.

Хирургическое лечение пациентов в возрасте 15–18 лет полностью завершено в 84,5% случаев. Остальные 15,5% подростков, нуждающихся в дополнительных корригирующих операциях, отказались от незначительных коррекций (например, коррекции крыла носа, контура губы), мотивируя это удовлетворённостью своим внешним видом. Инвалидность к 15 годам имеют 2,2% подростков (в основном пациенты с тяжёлой ортодонтической патологией или получившие в текущем году хирургическую коррекцию).

Данные анкетирования показали, что у детей с врождённой патологией ЧЛО, взятых на учёт в раннем возрасте, минимизированы проблемы коммуникации и личностного развития. Такие дети практически не отличаются от своих сверстников. Это в свою очередь создаёт условия для раннего снятия инвалидности и включения пациента в процесс формирования полноценной личности с равными со сверстниками возможностями. Такие дети ощущают себя полноценными членами общества и в 48,0% случаев удовлетворены ходом проводимого лечения, своей внешностью и социальной адаптацией. Они реально оценивают свои возможности и занимают достойное место

в обществе, не считая себя инвалидами или неполноценными людьми.

Выводы:

1. Дети, родившиеся с врожденной расщелиной губы и неба, нуждаются в высоко специализированной медицинской помощи с момента рождения.

2. Организация консультативно координационного центра ККЦ по реабилитации больных с ВРГиН при ГУ НКИ Стоматологии и челюстно-лицевой хирургии позволит на страновом уровне систематизировать разработку и внедрение прогрессивных методов лечения и реабилитации детей.

3. Разработанная структура Центра профилактики и лечения детей с врождённой патологией челюстно-лицевой области, при соблюдении стабильности их выполнения обеспечивают высокий уровень оказания помощи таким детям в масштабах государства.

4. Эффективная реабилитация приведет к снижению числа детей инвалидов и сокращению государственных выплат данному контингенту населения, а, следовательно, приведёт к значительному экономическому эффекту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахмонов А.З. Врожденная расщелина верхней губы и неба у детей республики Таджикистан за период с 2009 по 2019 г. / А.З. Абдурахмонов // Аспирантский вестник Поволжья. – 2020. – Т. 20. – №1-2. – С. 75-79.
2. Алимурзоев Ф.А. Хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба/ Ф.А. Алимурзоев // Успехи современной науки. – 2017. – Т. 2. – №5. – С. 92-94.
3. Баландина Е.А. Факторы риска рождения детей с расщелиной верхней губы и неба в Пермском крае / Е.А. Баландина // Логопед. – 2016. – №4. – С. 6-11.
4. Воеводин С.М. Особенности 2d и 3d/4d ультразвуковой диагностики пороков развития лица у плода во 2 и 3 триместре / С.М. Воеводин, Т.В. Шеманаева // Акушерство Гинекология Репродукция – 2014. – Т. 5. – №3. – С.22-25
5. Гончакова С.Г. Преемственность этапов хирургического лечения детей с врожденными двусторонними расщелинами верхней губы/ С.Г. Гончакова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: материалы V Всероссийской научно - практической конференции. – Москва, -2016. – С. 64–70.
6. Егорова М.В. Реализация ранней комплексной реабилитации детей с расщелиной губы и неба на примере Московской области / М.В. Егорова, Е.С. Иванова,

М.А. Амхадова // Стоматология – 2020 –Т. 99. – №6. С.10-14

7. Ешиев А.М. Анализ рождаемости детей с патологиями челюстно-лицевой области по родильным домам г. Ош / А.М. Ешиев // Молодой ученый. –2013. –Т.52 –№5. С. 797-799.

8. Инояттов А.Ш., Саидова М.А., Шодмонов К.Э. Анализ факторов, способствующих развитию врожденных пороков челюстно-лицевой области / А.Ш. Инояттов, М.А. Саидова, К.Э. Шодмонов // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области –2016. –№4. –С. 51-55.

Кузиева Л.С., Одинаева Н.В., Махмудова Р.И., Махмудова Д.Ш.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ НА ПРИМЕРЕ ГУ НИИ МСЭРИ

ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Актуальность. Состояние здоровья детского населения Таджикистана в настоящее время представляет серьезную проблему. Общая заболеваемость детей в возрасте от рождения до 18 лет за последние пять лет возросла почти по всем классам и группам заболеваний, что обуславливает рост уровня показателей инвалидности, которая в 2022 году достигла 32180 тыс. детей инвалидов, составив 20,3% от общего числа инвалидов в стране [4].

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, доля тяжелых форм инвалидности в детской популяции мира составляет около 2%, при тенденции к росту в планетарном масштабе [1].

Увеличение количества детей-инвалидов, возраст которых, согласно Закону

Республики Таджикистан «О социальной защите инвалидов», находится с 2010 г. в границах до 18 лет, вызывает необходимость в диверсификации и расширении реабилитационной помощи, которую существующая сеть медицинских учреждений не может обеспечить в полном объеме [2, 3].

Основными факторами, определяющими недостаточную эффективность существующих форм медико-психологической и социальной адаптации ребенка-инвалида, являются отсутствие подходов учреждений здравоохранения, социальной защиты и образования к решению этой проблемы и дефицит специалистов. Кроме того, в одном случае медицинскими работниками недооцениваются социально-психологические аспекты реабилитации, а работниками социальной сферы в другом - необходимость и значимость медицинского этапа реабилитации [5].

Так же недостаточно развитая преемственность и взаимодействие в деятельности учреждений различной ведомственной принадлежности,

курирующих вопросы инвалидности, привела к ситуации, которая свидетельствует о значительном медико-социальном и, закономерно, об экономическом ущербе обществу и государству. Между тем, научных исследований по проблемам детской инвалидности, имеющих многофакторный генез, в Таджикистане за последние годы проводились в единичных случаях.

Цель исследования. Провести структурный анализ детей-инвалидов пациентов стационара ГУ НИИ Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (МСЭРИ) с учетом оценки эффективности особенностей их реабилитации.

Материалы и методы исследования. Материалом для проведения исследования послужили дети инвалиды получившие лечебно- реабилитационные услуги в стационаре ГУ НИИ МСЭРИ с 2019 по октябрь 2022 года.

Результаты исследования и их обсуждение. В стационаре НИИ МСЭРИ за рассматриваемый период было госпитализировано 1656 детей-инвалидов в возрасте от 1 до 18 лет, из них мальчиков было 890 человек (53,7%), девочек- (45,5%).

Возрастная структура характеризовалась следующим образом: детей от 1-5 лет составили 963 (58%), 6-12 лет – 652 (39,4%) и 13 лет и выше 41 человек (2,5%) соответственно. Следует отметить что больший процент детей до 5 лет обусловлен тем что эффект от проводимых реабилитационных мероприятий в этой возрастной группе более заметен.

Как видно из табл. 2 среди основных нозологических форм детей инвалидов с неврологическими патологиями для прохождения реабилитационного курса в основном обращаются с ДЦП, последствиями родовой черепно-мозговой травмы, последствиями родовой спинальной травмы, последствиями менингоэнцефалита, последствиями

Таблица 1

**Численность детей-инвалидов с неврологической патологией, пролеченных в стационаре
НИИ с 2019 по октябрь 2022 годов (абс.ч.,%)**

Годы	Мал.	Дев.	1-5лет	6-12лет	13лет и выше	всего
2019	248 (52%)	217 (48%)	281 (60%)	170 (36,%)	14 (3,5%)	465
2020	276 (56%)	216 (44%)	292 (59,8%)	184 (37%)	16 (4%)	492
2021	218 (54%)	187 (46%)	200 (49%)	197 (48,6%)	8 (2,4%)	405
9 м. 2022	148 (50,5%)	146 (49,5%)	190 (64,6%)	101 (34%)	3 (1,4%)	294
Всего	890 (53,7%)	766 (46,3%)	963 (58%)	652(39,4%)	41 (2,5%)	1656

Таблица 2

**Структура неврологических заболеваний среди детей инвалидов пролеченных в стационаре
НИИ с 2019 по октябрь 2022 годов (абс.чис,%)**

Нозологические формы	Количество абс. ч.,%	С улучшением (%)	Без улучшения (%)
Детский церебральный паралич ДЦП	892 (52,8%)	48,2%	36,8%
Последствия родовой черепно-мозговой травмы	298 (17,6%)	20,6%	28,4%
Последствия родовой спинальной травмы	165 (10%)	5,5%	17,8%
Последствия менингоэнцефалита	170 (10%)	48,8%	28,3%
Последствия перенесенного полиомиелита	56 (3,8%)	10,1%	42,1%
Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшена	6	-	-
Спинальная амиотрофия Вердинга-Гофмана	4	-	-
Олигофрения	30 (1,7%)	2%	54,2%
Микроцефалия	31 (1,7%)	8%	48,6%
Эмбриопатия	4	-	-

перенесенного полиомиелита. Причем первые пять нозологических форм занимают более 85% от всех представленных неврологических заболеваний.

При этом, каждый второй госпитализированный ребенок инвалид из горда Душанбе и районов республиканского подчинения, а каждый четвертый из Хатлонской области.

Комплексная реабилитация включала в себя лечебную физкультуру модифицированную Твист гимнастику по 8 направлениям, занятие в тренажерном зале, применение целебных настоек и отваров (ромашка, календула, девясил, базилик, лавровый лист), семянотерапию, моксотерапию для детей старше 3 лет, цветотерапию, иглотерапию по методу Су-Джок и логопедические занятия.

Особенностью реабилитационной программы для детей является обучение родителей ребенка всем методам реабилитации – твист гимнастики, упражнения по 8 направлениям и семянотерапия (кроме иглотерапии) при этом родительница активно и длительно занимается со своим ребенком в домашних условиях, что исключает необходимость посещать массажиста и покупать дорогостоящие лекарственные препараты. Выполнение такой про-

граммы приводит к большему эмоциональному контакту между мамой и ребенком, т.к. лечебная физкультура, в отличие от массажа, не наносит болевых ощущений, и руки матери всегда радуют ребёнка. Следует так же подчеркнуть, что необходимым условием является обучение родителей больных детей всем доступным методам реабилитации с ежедневным их применением в домашней жизни, без чего успешное лечение невозможно.

В результате проведения нескольких курсов реабилитации, по эффективности реабилитации хорошие результаты наблюдаются у детей с: последствиями родовой спинальной 20,6% и черепно-мозговой травмы 20,6%, ДЦП 48,2%. За истекшие три года около 32 детей стали самостоятельно ходить и ни в одном случае не произошло ухудшения состояния ребенка. Слабо поддавались проводимым реабилитационным мероприятиям дети с последствиями полиомиелита и смешанной формы ДЦП, микроцефалией и олигофренией. Эта группа больных требует длительной и непрерывной реабилитации.

Таким образом можно сделать вывод, что необходим целостный подход реабилитации этих

больных с объединением усилий профессиональных специалистов и членов их семей в соблюдении непрерывности процесса реабилитации, что позволит обеспечить им полноценную жизнь с возможностью самостоятельно ходить, учиться и работать.

В связи с улучшением реабилитационного процесса, созданием комфортных условий для детей и их родителей количество наших пациентов из года в год увеличивается, а также увеличивается количество повторных госпитализаций.

Выводы. 1. Дети-инвалиды с патологией нервной системы различной степени тяжести, с различной давностью заболевания обладают высоким реабилитационным потенциалом, эффективность реализации которого наиболее высока у детей раннего возраста.

2. Своевременная, комплексная, непрерывно проводимая реабилитация детей в возрасте до 1 года дает положительный эффект в 90% случаев, способствуя предупреждению формирования инвалидности.

3. Ранняя диагностика перинатального поражения центральной нервной системы и своевременная грамотно организованная реабилитация детей с этой патологией - путь к повышению возможности снижения уровня инвалидности в стране

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. О перспективах научных исследований в области профилактики детской инвалидности (обзор литературы) / А.А. Баранов, Р.Н. Терлецкая //Вопросы современной педиатрии – 2018г., 17(6) С.426-433.

2. Джаббарова Т.С. Некоторые аспекты здоровья и доступности медико-санитарных услуг детям и подросткам в Республике Таджикистан /Т.С. Джаббарова, А.Г. Гаиров, Н.Б. Лукьянов, Ш.С. Ашуриён //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения – 2019 - №3. - С.19-24

3. Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы. Постановление Правительства Республики Таджикистан №455 от 28 октября 2016 г., -Душанбе. - С. 106-136 .

4. Рузиев М.М. Детская инвалидность как медико-социальная проблема в Таджикистане / М.М. Рузиев, А.А. Абдурахимов, А.Г. Гаиров, М.Н. Богодирова //Вестник академии медицинских наук Таджикистана –Том XI №4 2019г., - С.417-422.

5. Носирова М.П. Структура заболеваний, обусловивших инвалидность среди детей города Душанбе / М.П. Носирова, Д.И. Иномзода, М.Д. Ёдгорова, З.К. Умарова //Вестник Авиценны – Том 21 №4 2019г., С.603-607.

Кузиева Л.С., Магзумова Ф.П.

ФИЗИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

ГУ НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов

Введение. Движение - важнейший биологический стимулятор жизнедеятельности организма. Основа жизни – это движение, ни один метод, используемый в медицине с целью реабилитации, не может быть равноценным аналогом физических упражнений [1, 2].

В структуре общей инвалидности 80% составляет инвалидность после перенесенного инсульта, 25% составляют инвалидность после травм и ортопедических заболеваний.

Недооценка основных средств физической реабилитации, направленных на восстановление утраченной двигательной функции в результате заболеваний либо травм в 26% случаев приводит к инвалидности из-за несвоевременного и нерегулярного проведения восстановительного лечения, в

связи с этим лечение таких больных должно включать комплексные программы реабилитации [3].

На этапе лечебного процесса методы не медикаментозного воздействия способствуют более быстрому выздоровлению и, следовательно, восстановлению. Таким образом, в реабилитационно - восстановительном процессе важно формирование оптимальных алгоритмов профилактических мероприятий. Исходя из этого, создание системы реабилитационно -восстановительных мероприятий, направленных на восстановление утраченных или сниженных функциональных возможностей организма вследствие заболевания позволяет реализовать истинно профилактический принцип медицины. Взаимодействие и преемственность работы, совместная реализация существующих

комплексных программ позволяют успешно осуществлять восстановление и сохранение здоровья наших пациентов.

Цель работы. Оценить роль использования физической реабилитации в комплексном лечебном процессе для восстановления больных и инвалидов.

Материалы и методы. Объектом исследования явились больные и инвалиды госпитализированные в клинику НИИ в 2019 году, в комплексном лечении которых использовали активные формы лечебной физической культуры (ЛФК).

Таким образом, систематические тренировки во многих случаях предпочтительнее медикаментозного лечения, легко доступны, малозатратны в финансовом плане.

Результаты и их обсуждение. Физическая реабилитация это использование с лечебной и профилактической целью физических упражнений и природных факторов в комплексном процессе восстановления здоровья, физического состояния и трудоспособности больных и инвалидов.

Применение в лечебном процессе физической реабилитации позволяет повысить эффективность этапа долечивания больных, снизить дозы принимаемых лекарственных препаратов и в связи с этим избежать осложнений медикаментозной терапии, сократить сроки временной нетрудоспособности, уменьшить процент инвалидизации и улучшить качество жизни больных. К активным средствам относятся все формы ЛФК такие как: дыхательная гимнастика, физические упражнения, ходьба, работа на тренажерах. Доказано что систематическое использование ЛФК позволяет увеличить и улучшить динамическую нагрузку на костно-мышечную систему, активизировать общее и локальное кровообращение. Кроме того происходит профилактика дегенерации суставов, восстановление двигательной активности, восстановление координации движений конечностей, увеличивается толерантности к физической нагрузке.

Всего в 2019 году на базе стационара ГУ НИИ МСЭРИ, у 184 больных с различными нозологиями, в комплексном лечении назначали ЛФК. Среди форм ЛФК использовали методы кинезотерапии; пассивную и активную гимнастику, ходьба на тредмиле с низким градусом уклона, велоэргометрия, спиралевидная гимнастика для суставов по 8 направлениям (разновидность суставной гимнастики Твист), рефлексотерапия. При речевых нарушениях занятия с логопедом-афазиологом по восстановлению речи, письма, чтения и счета.

Таблица 1

Структура нозологических форм по полу и месту проживания (абс. ч)

Нозологические формы					все-го
	М	Ж	село	город	
Заболевания опорно-двигат. сист.	37	52	53	36	89
Гипертоническая болезнь.	15	15	15	15	30
Остаточные явления перенесенного нарушения мозгового кровообращения	22	10	23	9	32
Ишемическая болезнь сердца	14	8	10	12	22
Сахарный диабет	6	5	1	10	11
Всего	94	90	102	82	184

Как видно из табл. 1 среди нозологических форм большую часть составляют больные с заболеваниями опорно-двигательной системы, такие как остеохондроз, артрозо-артриты различной этиологии, коксартрозы, болезнь Бехтерева, кифосколиозы - 89 больных (48%). Из всех госпитализированных больных с гипертонической болезнью 60 человек инсульт перенесли 32 человека, что составляет 17% от общего числа исследуемых и 53% от всех больных с гипертонической болезнью. Такой высокий процент инсультов у больных с гипертонической болезнью ещё раз говорит о необходимости постоянного наблюдения за данной категорией больных. Больные с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом составили 12% и 6% соответственно. Особой разницы среди всех больных по половому признаку не отмечалось, однако среди больных имеющих патологию опорно-двигательной системы женщины значительно преобладают 59%, тогда как ишемическая болезнь сердца и перенесенное нарушение мозгового кровообращения чаще наблюдаются у мужчин 64% и 69% соответственно. Этот указывает на то, что мужчины больше подвержены поражению сердечно-сосудистой системы. При этом среди отобранных больных преобладали жители сельской местности 55%.

В возрастном отношении преобладали больные старше 60 лет 46% и от 50 до 60 лет 39%. В связи с существующими стереотипами негативного отношения к лицам пожилого и старческого возраста эта группа больных находится в состоянии

беспокойства за свое здоровье, скрытой тревожности, психоэмоциональной подавленности. Все эти факторы еще больше усугубляют их состояние здоровья, что требует формирования уверенности в эффективности проводимого лечения.

Таблица 2

Структура нозологических форм по возрасту (абс. ч)

Возраст			
Нозологические формы	40-50 лет	50-60 лет	Старше 60 лет
Заболевания опорно-двигат. сист.	17	33	39
Гипертоническая болезнь.	2	9	19
Остаточные явления перенесенного нарушения мозгового кровообращения	5	10	17
Ишемическая болезнь	3	18	1
Сахарный диабет	2	1	8
Всего	29	71	84

Таблица 3

Структура нозологических форм по возрасту и группам инвалидности (абс. ч)

Группы инвалидности				
Нозологические формы	I	II	III	Нет инв.
Заболевания опорно-двигат. сист.	5	14	41	29
Гипертоническая болезнь.	1	15	3	11
Остаточные явления перенесенного нарушения мозгового кровообращения	6	16	3	7
Ишемическая болезнь	-	13	3	6
Сахарный диабет	1	4	1	5
	13	62	51	58

По группам инвалидности среди всех нозологических форм преобладали инвалиды II и III групп 34% и 25%. Известно, что среди данных групп инвалидности проведение реабилитации эффективно, что дает возможность инвалидам повысить свою самооценку и чувствовать себя равноправными членами общества, шире участвуя в повседневной жизни.

Для восстановления больных с заболеваниями опорно-двигательной системы среди используемых форм ЛФК лучший эффект нами отмечался при использовании пассивной и активной гимнастики,

велозергметрии, спиралевидной гимнастики для суставов по 8 направлениям, рефлексотерапии.

Для больных с гипертонической болезнью, остаточными явлениями перенесенного нарушения мозгового кровообращения, ишемической болезнью сердца наиболее физиологическими способами восстановительного лечения явились дозированная ходьба, тренировки на тредмиле (с низким градусом наклона и регулировкой скорости движения), пассивная и активная гимнастика, спиралевидная гимнастика, дыхательная гимнастика, рефлексотерапия.

При этом комплекс предлагаемой ЛФК оценивался индивидуально исходя из состояния больного, его физической подготовленности и навыками самообслуживания.

Заключение. Полученные результаты дают теоретические предпосылки для широкого распространения использования различных форм ЛФК в реабилитации больных с различными патологиями. Необходимо повышать уровень знаний больных о пользе ЛФК и выработки у данного контингента мотивации по отношению важности систематического лечения с использованием различных форм ЛФК в восстановительном лечении.

Таким образом, систематические тренировки во многих случаях предпочтительнее медикаментозного лечения, легко доступны, малозатратны в финансовом плане.

При отсутствии у пациента возможности посещать индивидуальные контролируемые физические тренировки в организациях здравоохранения, может быть разработана индивидуальная программа физической реабилитации в домашних условиях на беговой дорожке. Основу такой программы должны составлять дозированная ходьба, пассивная и активная гимнастика, ходьба на тредмиле с низким градусом уклона, велозергметрия, спиралевидная гимнастика для суставов по 8 направлениям при условии достаточной обученности пациентов методам самоконтроля. Надеемся, что предложенные рекомендации будут востребованы врачами для реабилитации больных и инвалидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабушкин И.Е. Тредмил при реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / И.Е. Бабушкин, Д.С. Бубликов, Т.В. Кудярова и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – №6. С.62-68.
2. Быков А.Т. Физические методы профилактики, лечения и реабилитации: прошлое, настоящее и будущее

/ А.Т. Быков, А.В. Чернишев, В.М. Дроздова //Вестник физиотерапии и курортологии. – 2017. - №1. – С.78-82.

3. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация или восстановительная медицина / В.М. Боголюбов // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2015.

- №1. – С.3-12.

4. Быковская Т.Ю, Корбухин А.В., Семенов Л.А., Козлова Л.В. и др. Виды реабилитации: физиотерапия, лечебная физкультура, массаж //Учебное пособие под редакцией А.Б. Карбухина. – Феликс, -2015. – 557с.

¹Курбанов Н.Т., ²Джабиров Ш.С., ²Бабаева Б.Р., ³Мадобидов А.С.

СОЦИАЛЬНО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

¹ ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

² ГУ «НИИ профилактической медицины»

³ Центр государственного санитарного надзора города Душанбе

Актуальность. Основой широкой распространения внешней трудовой миграции в Республики Таджикистан являются социально-экономические последствия низкой занятости и бедности населения. За многие годы существования она приняла массовый характер, сопровождаясь либерализацией сексуальной морали, изменением нравственных, личностных и общественных ценностей, негативно повлиявших на сексуальное поведение молодежи, смену половых партнеров при низком уровне соответствующей санитарной просвещенности и, как следствие - заражение инфекциями, передающимися половым путем [2, 5].

Между тем, согласно оценке экспертов ВОЗ, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), входят в число пяти основных категорий заболеваний, по поводу которых трудовые мигранты, обращаются за медицинской помощью [1, 3].

Общезвестно, что социально-экономическое развитие общества и его стабильность во многом определяются уровнем здоровья молодежи, составляющей значительную часть в структуре населения страны, активно участвующую в миграционных процессах, происходящих на территориях преимущественно ближнего и дальнего зарубежья, с неоднозначной эпидемической ситуацией. В этой связи подавляющая часть заболеваний, передающихся половым путем, обусловлена, прежде всего, образом жизни и повседневным поведением самого человека, уровнем его воспитания и интеллекта.

Именно поэтому в настоящее время здоровый образ жизни рассматривается как принципиальная основа для эффективной профилактики заболеваний, снижения показателей частоты их распространенности.

Известно, что ИППП оказывают негативное воздействие на все системы и органы человека, и, в особенности, на его репродуктивную функцию в целом отражаясь на здоровье будущего поколения и устойчивость семейных отношений [2, 4].

Проблемы с ИППП, в отечественной и зарубежной научной литературе, в основном касаются преимущественно молодежи и лиц, вовлеченных в процессы внешней трудовой миграции. О масштабах распространенности свидетельствует ежегодная в мире регистрация около 400 млн. случаев инфекций, передаваемых половым путем, увеличение их числа во многих странах обусловлено рискованным известным поведением, бедностью, низким уровнем образования, ранними браками, семейными конфликтами и насилием [1].

В частности, на формирование рискованного поведения трудовых мигрантов оказывают влияние их оторванность от семьи, близких, бытовые проблемы, злоупотребление спиртными напитками и другие.

Так, наиболее значимыми причинами высокого уровня заболеваемости ИППП является отсутствие системы первичной их профилактики, подразумевающей не только информирование населения относительно существующих способов передачи возбудителей, но и их неблагоприятных последствий, а также систему гигиенического его воспитания [2, 5].

В связи с этим важнейшей задачей эпидемиологических исследований заболеваемости ИППП является изыскание и внедрение новых, более совершенных методов и форм деятельности органов и учреждений здравоохранения и социальной защиты на всех этапах своей деятельности.

Исходя из выше изложенного, перед ответственными лицами органов и учреждений различных секторов народного хозяйства стоит ряд важных задач по организации и совершенствованию профилактических мероприятий, а также по их реализации и санитарно-эпидемиологическому надзору.

Цель исследования. Выявить некоторые медико-социальные факторы заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, среди трудовых мигрантов Хатлонской области Республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования. **Использованы** данные официальной статистики, зарубежных источников научной литературы, анкетного социологического опроса внешних трудовых мигрантов, проводившей в феврале - марте 2022 года в районах Бохтарской и Кулябской зоны Хатлонской области. При этом обследовано 850 лиц мужского и женского пола трудоспособного возраста 18-63 лет. Обработка полученных данных проведена ретроспективным, клинко-статистическим и социально-аналитическим методами.

Полученные результаты и их обсуждение. Мировой финансовый кризис, последствия пандемии, рост бедности, существование особо уязвимых социальных групп населения, способствовали падению уровня жизни, злоупотреблению пси-

хоактивными препаратами, росту проституции, семейным конфликтам, распаду семей, обострению различных хронических заболеваний и росту уровня показателей смертности.

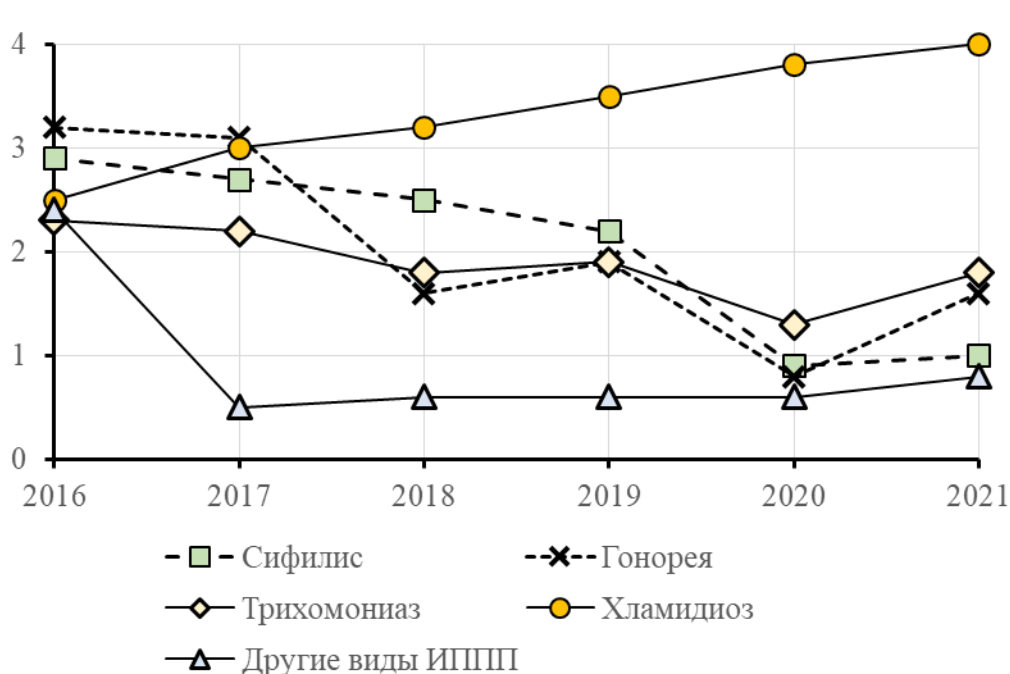
В этой связи, профилактика ИППП является актуальной задачей общества, вследствие того, что частое отсутствие выраженной клинической симптоматики, высокий уровень смешанных инфекций (до 70%) и склонность к развитию затяжных и хронических форм болезни, приводят к недостаточной эффективности лечения [2].

По данным социологического опроса в кожно-венерологических диспансерах и учреждениях ПМСП почти на всех уровнях оказания медицинской помощи услуги недоступны из-за высокой стоимости, а также из-за отсутствия достаточной квалифицированности у предоставляющих их специалистов. При этом неудивительно, что оказалось, что профилактические мероприятия проводятся на низком профессиональном уровне.

Между тем в Таджикистане, несмотря на попытки совершенствовать методы диагностики и лечения, сохраняется высокий уровень заболеваемости ИППП, причем среди заболевших лица в возрасте 18 - 45 лет (до 60%). На рис.1. представлены данные о распространенности среди трудовых мигрантов Хатлонской области инфекций, передающихся половым путем.

Рисунок 1

Распространенность ИППП среди трудовых мигрантов Хатлонской области в период 2016-2021 гг. (на 100 тыс. нас.)



Как видно из рис.1, уровень заболеваемости ИППП в т.ч. среди трудовых мигрантов из Хатлонской области остается стабильным.

Однако он в разы превышает официальные статистические данные областного кожно-венерологического диспансера. Это объясняется тем, что обследование и лечение многих больных проводят коммерческие структуры, при отсутствии унифицированных методов диагностики, нехватке опытных дермато-венерологов и лаборантов, трудностях в материально-техническом обеспечении лабораторий и др.

В период с 2016 по 2021 годы лидирующее положение занимает заболеваемость хламидиозом (4,0 на 100 тыс. населения), второе место - трихомониаз (1,8 на 100 тыс. населения), на третьем месте - гонорея (1,6 на 100 тыс. населения). При этом, значительно преобладали лица мужского пола - 68,6% случаев, тогда как женщин было в 2 раза меньше (31,4%). Однако среди последних чаще встречался трихомониаз - в 8,9% случаев, у мужчин гонорея - в 5,7%, хламидиоз - в 3,3% и другие инфекции - в 13,5% случаев.

Среди пациентов, как мужчин, так и женщин период жизни 20-29 лет - как самый сексуально активный возраст, лидирует в 52,5% случаев, 30-39 лет - в 24,0% случаев, 40-49 лет - в 16,4%, 50-59 лет - в 3,2%, 60 лет и старше - в 2,1%, 17-19 лет - в 1,8% случаев.

При этом выявлено, что работающие лица - 39,4%, неработающих - 30,2%, студенты - 21,4%, домохозяйки - 7,5%, учащиеся - 1,5%.

Чаще названные болезни регистрируются при самообращении за медицинской помощью - в 72,4%, при медицинских осмотрах - в 12,6%, гинекологам и урологам - в 8,2%; другими специалистами - в 6,8% случаев.

Среди клинических симптомов ИППП наибольший показатель приходится на выделения из половых путей 46,6%, зуд и жжение - в 20,8%, незначительную болезненность и неприятные ощущения при мочеиспускании 18,4% и 14,2% без выраженных клинических проявлений.

При этом выявление источников заражения ИППП находится на уровне - 20,0% случаев, а 80% случаев остаются невыясненными. Из общего числа респондентов лишь 28,1% лиц мужского пола регулярно пользуются презервативами, а 36,1% человек изредка.

Показатели изученной заболеваемости продолжают оставаться недостоверными в связи с отсутствием должного статистического учета в

широкой сети коммерческих медицинских учреждений, вследствие чего получило распространение самолечение, причем мало эффективное из-за лекарственной устойчивости возбудителей, особенно гонореи, в сочетании с другими инфекциями.

На формирование неблагополучия по ИППП в стране оказывают выраженное влияние отсутствие системы медицинского контроля над группами повышенного социального «риска» заражения (проститутки, мигранты, неработающие, бомжи, наркоманы, алкоголики, осужденные, беременные, подростки и т.д.). Их численность особенно возросла в переходный период социально-экономических преобразований, что требует пересмотра подходов к профилактической работе на этапах оказания специализированной медицинской помощи.

Трудовые мигранты остаются группой риска по заболеваемости ИППП, чему способствуют низкий уровень санитарных знаний о причинах, условиях, путях и факторах распространения.

Таким, образом, первоочередной задачей борьбы с заболеваемостью ИППП является комплексный подход в разработке и проведению соответствующих профилактических и противоэпидемических мероприятий по совершенствованию первичной профилактики ИППП, на основе проведения эффективных форм гигиенического воспитания, и образования эпидемиологического мониторинга трудовых мигрантов.

Выводы

1. Среди внешних мигрантов из Хатлонской области в период с 2016 по 2021 гг. лидирующее положение занимает заболеваемость хламидиозом (4,0 на 100 тыс. населения), трихомониазом (1,8 на 100 тыс. населения) и гонорея (1,6 на 100 тыс. населения).

2. Для профилактики ИППП, сохранения репродуктивного потенциала и улучшению жизни в Хатлонской области на уровне учреждений ПМСП целесообразна организация консультативных кабинетов для молодежи трудовых мигрантов и их семей.

3. Индивидуальная и массовая осведомленность населения об ИППП, о способах их профилактики находятся на невысоком уровне, при отсутствии данных об их реальной статистике и эпидемиологической оценке.

4. Разработать систему последипломного образования дермато-венерологов, акушеров - гинекологов, урологов и семейных врачей, позволяющую повысить работу по всем уровням профилактики

названных инфекций, передающихся половым путем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем 2016-2021 гг. «На пути ликвидации ИППП» ВОЗ. Женева, 2016. -65 с.
2. Курбанов Н.Т. Распространенность и первичная профилактика инфекций, передающихся половым путем среди трудовых мигрантов / Н.Т. Курбанов, А.Г. Гаилов, Н.Б. Лукьянов //Известия Академии наук Республики Таджикистан (– Душанбе,2019. -№4(207). -С. 95-100.
3. Киселева Л.С. Факторы, формирующие здоровье

населения: сущность и типология / Киселева Л.С. // Международный журнал экспериментального образования. -2015. -№8 (часть 1). -С. 17-20.

4. Киясов И.А. Современные тенденции заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, и пути их профилактики / И. А. Киясов, Ф. В. Хузи-ханов // Успехи современного естествознания. – 2015. - №2. – С. 51-55. URL: <http://naturalsciences.ru/ru/article/view?id=34699>.

5. Саидзода Б.И. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в Республике Таджикистан / Б.И. Саидзода, А. Ахмедов, П.Т. Зоиров, О.И. Касымов // Журн. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – Душанбе, 2021. -№1. –С. 62-68.

¹Магзумова Ф.П., ²Шодихон Дж., ¹Азизов З.А., ¹Махмудова Р.И., ¹Кузиева Л.С., ¹Одинаева Н.В.

ОДНА ИЗ ПРИЧИН ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ – ДЦП, ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ (ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ)

¹ ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»,

² ГУ НИИ профилактической медицины

Актуальность. По данным ВОЗ, почти 10% всего населения земли составляют люди с ограниченными возможностями здоровья, из них более 100 млн. — это дети в возрасте до 18 лет. Нередко в формировании детской инвалидности – детский церебральный паралич занимает одно из ведущих мест. Так в Республике Таджикистан в структуре детской инвалидности болезни нервной системы находятся на первом месте, и в этой группе болезней первое место стабильно занимает детский церебральный паралич.

Детский церебральный паралич нередко является причиной тяжелой неврологической инвалидности, которая влечет за собой нарушение социальной адаптации и снижение качества жизни больных. Несмотря на высокий уровень неонатальной помощи в настоящее время, существенного снижения уровня заболеваемости детским церебральным параличом не отмечается.

Цель исследования: раскрыть предоставляемые услуги для формирования навыков самообслуживания детей с ДЦП

Материал и методы исследования. Для достижения цели использовались данные существующие практические методические рекомендации, а также собственные наработки, используемые в НИИ при реабилитации детей инвалидов с неврологическими заболеваниями.

Результаты и их обсуждение. Детский це-

ребральный паралич проявляется, прежде всего, в двигательных расстройствах. В основном, при различных формах этого заболевания страдают верхние и нижние конечности или могут встречаться сочетанные их поражения.

У некоторых детей при достаточном объеме движений, при нормальном мышечном тоне отмечаются нарушения, которые носят название апраксии (неумение выполнять целенаправленные практические действия, движения). Такие дети с трудом осваивают навыки одевания, раздевания, застегивания пуговиц, шнурования ботинок, затрудняются в конструировании из кубиков, палочек и т. д. В ряде случаев двигательная недостаточность проявляется в нарушении равновесия и координации движений. При этих формах заболевания походка длительное время остается неустойчивой, дети затрудняются поворачиваться, перешагивать через препятствие, часто падают, не могут свободно, без поддержки прыгать, бегать. Все движения их неточны, несоразмерны; бросая мяч даже с короткого расстояния, они не всегда попадают в цель. При тонких целенаправленных движениях (нанизывание колец пирамидки, складывании мозаики, при рисовании, еде и т. д.) дрожание рук значительно затрудняет выполнение произвольного действия. У этих детей часто отмечается нарушение ритма движений: они затрудняются ходить под музыку в заданном ритме и темпе; при ходьбе

координация движений рук и ног затруднена (руки напряженно прижаты к туловищу, или отведены в стороны, или вытянуты вдоль туловища).

У детей с церебральным параличом нередко отмечается задержка речевого развития. Это связано как с характером самого заболевания, так и с неправильными условиями воспитания ребенка в семье. Так же, большое значение, для развития речи у таких детей имеет овладение ходьбой и манипулятивной деятельностью. Неправильное и позднее развитие этих функций у детей с церебральным параличом в большой мере обуславливает отставание и в развитии речи. [4,3]

Дети с церебральным параличом испытывают особые трудности при овладении навыками самообслуживания (умением самостоятельно есть, одеваться и раздеваться, общегигиеническими навыками). Нарушения двигательного и психического развития при ДЦП, трудности, которые испытывают дети в повседневной практической жизни, гиперопека со стороны родителей - все это снижает мотивацию к овладению навыками самообслуживания и социально-бытовой ориентировки. Отсутствие мотивации, к самообслуживанию может стать причиной бездеятельного образа жизни, фактором, тормозящим дальнейшее овладение трудовыми и профессиональными навыками.

Таким образом, при формировании навыков самообслуживания и бытовой ориентации необходимо учитывать наличие у детей с церебральным параличом целого ряда нарушений общей моторики и функциональных движений кисти и пальцев рук, речи, познавательной деятельности, в частности недостаточность пространственных представлений. Следовательно, обучение должно быть максимально индивидуализировано в зависимости от двигательных возможностей ребенка. Важно, чтобы двигательные умения включались в повседневную жизнь и практическую деятельность, постоянно развивались и постепенно становились автоматизированными навыками. Все бытовые умения и навыки должны отрабатываться в пассивно-активной форме (с помощью педагога или родителей), при этом постепенно роль взрослого должна уменьшаться и, наконец, ребенок, по возможности, должен овладеть самостоятельным выполнением различных действий. Родители должны быть предельно внимательны к ребенку и часто хвалить его даже за самые небольшие достижения. Не следует постоянно указывать ребенку на его ошибки и неправильные движения. Если взрослый, пытаясь обучить ребенка, нервничает, спешит, тот

быстро теряет интерес к деятельности, которая вызывает у него затруднения, и долго будет требовать, чтобы его кормили, одевали, причесывали, умывали. Так же важной задачей при развитии навыков самообслуживания является обучение самостоятельному приему пищи. [5]

Одной из главных причин, затрудняющих формирование этого навыка, является недостаточное развитие у детей зрительно-моторной координации, схемы движения «глаз—рука» и «рука—рот». Эти схемы движения необходимо развивать, начиная работу еще на первом году жизни. Для того чтобы у ребенка развивались необходимые предпосылки для формирования навыка самостоятельного приема пищи, уже на первом году жизни в момент кормления надо тянуть руки ребенка к бутылочке с молоком, помогать направлять свои руки ко рту, препятствуя только сосанию большого пальца. Если взрослый поит ребенка из чашки, надо класть его руки на/ или под руки взрослого, держащего чашку. Во время кормления ребенку необходимо надевать фартук или нагрудник с глубоким карманом внизу.

Если у ребенка еще слабо развиты реакции равновесия, обучать навыкам самостоятельного приема пищи надо, посадив его на специальный стул так, чтобы обе руки были свободны. Для большей устойчивости этого положения его можно фиксировать поясом. Если у ребенка сильно выражены непроизвольные движения, и он в положении сидя с трудом сохраняет равновесие, необходимо так же фиксировать его стопы. Однако все приспособления для фиксации должны использоваться как временные средства в начале обучения [1, 2].

Начинать обучение рекомендуется с приема твердой пищи. Затем используют густую и полужидкую пищу (каши, пюре). Вначале прививают навык подносить свою руку ко рту, затем брать кусок хлеба, бублик, сухарь, ложку и подносить их ко рту. На первых занятиях лучше использовать небьющиеся чашки и тарелки. Желательно, чтобы ложки, а позже вилки, которыми пользуется ребенок, имели пластмассовые рукоятки, так как такие приборы меньше скользят по поверхности стола. Для начального обучения приему пищи лучше использовать десертную ложку. Для более удобного захвата ручку ложки можно изменить (изогнуть, подобрать толщину, длину). Кроме того при сильно выраженных гиперкинезах, атаксии тарелку нужно закрепить.

Очень важно научить ребенка брать кружку или чашку, удерживать ее в одной или двух руках

и пить из нее. При обучении питью можно сначала использовать резиновую трубку, соломинку, поильник с носиком, кружку с двумя ручками, пластмассовый стакан с вырезанным краем. Ребенка с церебральным параличом надо обязательно приучать есть за общим столом с другими членами семьи.

При обучении ребенка самостоятельному приему пищи важно помнить и о развитии общегигиенических навыков: мытье рук до и после еды (с мылом и без), вытирание рта и рук салфеткой. Обучая ребенка правильно умываться, нужно прививать ему умение совершать действия в определенной последовательности. На первых этапах можно показать и обучить самым простым действиям (засучить рукава, смочить руки водой, потереть ладони). Позже, когда у ребенка образуются отдельные умения, нужно усложнить требования - учить открывать и закрывать кран, пользоваться мылом, полотенцем. Постепенно нужно научить детей чистить зубы, умываться, вытираться, причесываться.

Формируя навыки самообслуживания, важно обучить ребенка действиям, которые требуется выполнять во время раздевания и одевания. Начинать учить снимать и надевать одежду лучше с майки, трусов, шапки, т. е. с одежды, не требующей застегивания. Позднее применяются различные приспособления для тренировки таких тонких движений, как расстегивание и застегивание пуговиц (сначала больших, потом мелких), расшнурование и шнурование ботинок. В начале, эти же навыки тренируются при раздевании и одевании больших кукол. После закрепления в играх на кукле они переносятся на самого ребенка.

При развитии навыков социально-бытовой ориентировки, важно научить ребенка пользоваться предметами домашнего обихода, овладеть различными действиями с ними:

- открывать и закрывать дверь, пользоваться дверной ручкой, ключом, задвижкой;
- выдвигать и задвигать ящики;
- открывать и закрывать кран;
- пользоваться осветительными приборами;
- включать и выключать телевизор, радио, регулировать силу звука;

Обязательно нужно стимулировать и поощрять стремление ребенка к самостоятельной деятельности. Если ему хочется все делать самому, педагоги и родители должны не навязчиво оказывать лишь необходимую помощь. В дальнейшем по мере усвоения навыка потребность в непосредственной

помощи взрослого при выполнении определенных движений постепенно снижается. При этом важно учитывать возможности ребенка и четко знать, что можно от него потребовать и в каком объеме. Все занятия лучше проводить в игровой форме и обязательно поощрять ребенка за правильное выполнение действий, результаты которых он всегда должен видеть.

Заключение. В заключении необходимо отметить, что успешность реабилитации больных ДЦП в большой степени зависит от ранних сроков начала лечения, от непрерывности комплексной реабилитации, направленной на нормализацию патогенетических механизмов развития болезни, восстановление двигательных, речевых и психических функций. При обеспечении адекватной непрерывной реабилитации среди легкой средней форм ДЦП возможность ходить приобретают не менее 80% детей, исключая пациентов с выраженной степенью умственной отсталости.

В работе по данному направлению мы придерживаемся следующих принципов – как можно более раннее начало коррекционно-развивающей работы с детьми, страдающими ДЦП, т.к. двигательные нарушения приводят к вторичной задержке развития других функций. При этом занятия строятся с учетом особенностей развития и возможностей ребенка. Комплексное медико-педагогическое воздействие должно быть направлено на восстановление и развитие нарушенных функций с максимальным обучением к самообслуживанию исключая пациентов с выраженной степенью умственной отсталости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаева С.Н. Эффективность коррекции нарушений позы больных детским церебральным параличом / С.Н. Бабаева, Т.В. Кулишова, //Вопросы курортологии. Физиотерапии и лечебной физической культуры -2016г., Т93., №2., С.17-19
2. Борзиков В.В. Объективизация двигательных нарушений у детей с детским церебральным параличом: состояние вопроса / В.В. Борзиков, Н.Н. Рукина, А.Н. Кузнецов, А.А. Белова // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста 2018г., - С. 67-77
3. Буйков А.А. Применение немедикаментозных методов лечения детского церебрального паралича / А.А. Буйков, А.В. Гулин, Ю.А. //Вестник Томского государственного университета -2017 Том 22 вып. 6. С. 8-14.
4. Грабовская Е.Ю. Эффективность применения арт-терапии в комплексной реабилитации детей младшего школьного возраста, больных детским церебраль-

ным параличом / Е.Ю. Грабовская, Н.Ю. Тарабардина //Научный вестник Крыма 2018г., №1(12), С.1-7

5. Гилеев Г.А., Гладков Н.В., Кулусов Е.А., Яковенко С.В. Повышение двигательного потенциала- Путь

развития познавательной способности детей с детским церебральным параличом / Г.А. Гилеев, Н.В. Гладков, Е.А. Кулусов, С.В. Яковенко С.В. //Наука и школа – 2018г., №3., С. 122-127.

¹Мағзумова Ф.П., ²М.Сорбон., ^{1,2}Пулотов К.Ч.

ВАЗЪИ КУНУНӢ ВА МУШКИЛОТИ ОМОДАСОЗИИ КАСБИИ КОРМАНДОНИ ИЧТИМОӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

¹ МД “Пажӯҳишгоҳи экспертизаи тиббию иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъҷубон”;

² Муассисаи таълимии ғайридавлатии “Донишқадаи тиббӣ-иҷтимоӣи Тоҷикистон”

Муҳиммият. Дар замони муосир даҳҳо миллион нафар одамон (маъҷубонн пиронсолон, нафақахурон, кӯдакони ятим, муҳочирон ва ғ.) ба ёрӣ ва ҳифзи иҷтимоӣ эҳтиёҷ доранд. Чи хеле ки таҷрибаи ҷаҳонӣ нишон медиҳад, дар ҳамаи давлатҳо мавҷуд набудан ва бе ғайридавлати кормандони иҷтимоӣ, барномаҳои рушди иҷтимоӣ ва сиёсати давлат дар соҳаи иҷтимоӣ ташаққули намоебад. Қабл аз ҳама, консепсияи илман асоснокшудаи кори иҷтимоиро бо аҳолии коркард намуда, дар таҷрибаи технологияи иҷтимоӣ, мафҳум ва шаклҳои нави ташкил ва гузаронидани кори иҷтимоӣ ҷорабиниҳоро гузаронидан зарур аст. Мутахассисони ин соҳа ҳамчун коршинос дар омодаسازیи санадҳои меъёрий-ҳуқуқӣ, қабули қарорҳои ҳукумати давлатӣ ва ташкилотҳои байналхалқӣ иштирок менамоянд. Таҷрибаи нишон медиҳад, ки аксар вақт одамон ба дар зиндагӣ бо проблемаҳои дучор мегарданд, ки ҳалли онҳоро на худ, балки аҳли оила, дустон, ҳамсояҳо ва дигар ашхосон низ намоебанд. Барои ин одамон лозим мегарданд, ки дорои касби махсус – корманди иҷтимоӣ дошта бошанд [6].

Мақсади таҳқиқот: беҳтар намудани вазъи омодаسازیи касбии кормандони иҷтимоӣи Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва услубҳои таҳқиқот. Омӯзиш ва таҳлили Қонунҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, санадҳои меъёриву ҳуқуқӣ дар соҳаи ҳифзи иҷтимоӣ, ҳисоботҳои омории Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоӣи аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, нишондиҳандаҳои асосии ғайридавлати муассисаҳои давлатии: “Пажӯҳишгоҳи экспертизаи тиббию иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъҷубон” ва “Маҷмааи таълимии таҷрибаии кори иҷтимоӣ ва инноватсияҳо”.

Натиҷаи омӯзиш ва баррасии онҳо. Дар Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи хизматрасонии иҷтимоӣ» аз 5 январи соли 2008,

№359 омадааст: хизматҳои иҷтимоӣ – ин амали ташкилотҳои давлатӣ ва ғайридавлатӣ, ки барои қонеғгардонии талаботҳо ва таъмини ҳуқуқ, пешгирӣ ва ҳалли мушкилот ё бартараф гардонидани вазъи мушкили зиндагии шахс ё гурӯҳҳои иҷтимоӣ ба манфиати онҳо равона шудааст. Мувофиқи қонуни мазкур дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба аҳоли ҷунин хизматҳои иҷтимоӣ расонида мешавад: иҷтимоӣ-маишӣ, иҷтимоӣ-тиббӣ, равонишносию педагогӣ, иҷтимоӣ-ҳуқуқӣ, хизматҳои дигар ва кӯмаки моддӣ, мутобиқшавӣ ва офияти иҷтимоӣ [1].

Давоми солҳои охир аз 10 маркази хизматрасонии иҷтимоӣи будубоши рӯзона барои шаҳрвандони дар ҳолати душвори зиндагӣ қарордошта, аз ҷумла кӯдакони маъҷуб то 53 марказ васеъ карда шуда, ҳиссаи фарогирии эҳтиёҷмандон аз 1000 нафари соли 2014 то 13 000 нафар дар соли 2022 расонида шудааст. Дар баробари ҷорӣ гардидани технологияи роҳнамоии инфиродии хизматҳои иҷтимоӣ маҳаки нави дастгирии иҷтимоӣи шахсони маъҷуб ва пиронсолон – роҳандозӣ шудани шаклҳои наву инноватсионии хизматрасонии тиббию иҷтимоӣ, ба монанди эрготерапия (қордармонӣ), тандалмонӣ (физикаска-терапия), мусикидармонӣ, (арт-терапия - услубҳои тавонбахшии маъҷубон тавассути санъати бадеӣ, мусиқӣ ва рақс), бозидармонӣ (игровая терапия) барои кӯдакони маъҷуб, ташкили ҳуҷраҳои сенсорӣ ва монанди инҳо аз зумраи навгонҳои соҳа ба шумор рафта, имрӯзҳо дар марказҳои хизматрасонии иҷтимоӣ васеъ истифода карда мешаванд.

Татбиқи сиёсати давлатӣ дар соҳаи ҳифзи иҷтимоӣи аҳоли аз бисёр ҷиҳат ба мутахассисони соҳавӣ ва соҳибкаст алоқаманд мебошад. Ҳамин нуктаро Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дар паём ба Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон 26 декабри соли 2018 ба таври пурра арзёбӣ намуда, ҳамчун масъалаи саривақтӣ ва

мубрам изҳор намуданд, ки «нишондиҳандаҳои рушди нерӯи инсонӣ аз се самти асосӣ—дастрасӣ ба таҳсилот, тандурустиву дарозумрӣ ва сатҳи шоиистаи зиндагӣ иборат мебошанд. Ва дар ин замина таъкид доштанд, ки «масъалаҳои вобаста ба тайёр кардани кадрҳои соҳаи ҳифзи иҷтимоӣ, ҷорӣ намудани шаклҳои инноватсионии кори иҷтимоӣ ва таъмини муҳити дастрас барои маъюбон беҳбудиро тақозо доранд. Аз ин рӯ, ба вазоратҳои тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли, меҳнат, муҳоҷират ва шуғли аҳоли, маориф ва илм супориш дода шуд, ки оид ба ҳалли мушкилоти мавҷуда ҷораҳои зарурӣ андешида, камбудии ҷойдоштаро ислоҳ намоянд» [3].

Тавре ки дар Стратегияи рушди инноватсионии Ҷумҳурии Тоҷикистон дарҷ гардидааст, Ҷумҳурии Тоҷикистон назди худ мақсаду ҳадафҳои воло, вале ноилшавандаи рушди дарозмуддат ва дар ояндаи начандон дур таъмин намудани сатҳи баланди некӯаҳволӣ ва беҳтаршавии сифати зиндагии аҳолиро мегузорад. Яке аз роҳҳои имконпазирӣ ноилшавӣ ба ин ҳадафҳо гузариши иқтисодӣ ба модели рушди инноватсионии тамоюли иҷтимоидошта мебошад [4].

Тайёр кардани кадрҳои соҳавӣ муҳимтарин омилҳои пешрафти қорва самаранокии фаъолияти ташкилоту муассисаҳо ва умуман ҳар як соҳа ба шумор меравад. Шурӯъ аз соли 2018 дар заминаи муайянгардидаи самтҳои асосии сиёсати дохилию хориҷии давлати Тоҷикистон масъалаи тайёр кар-

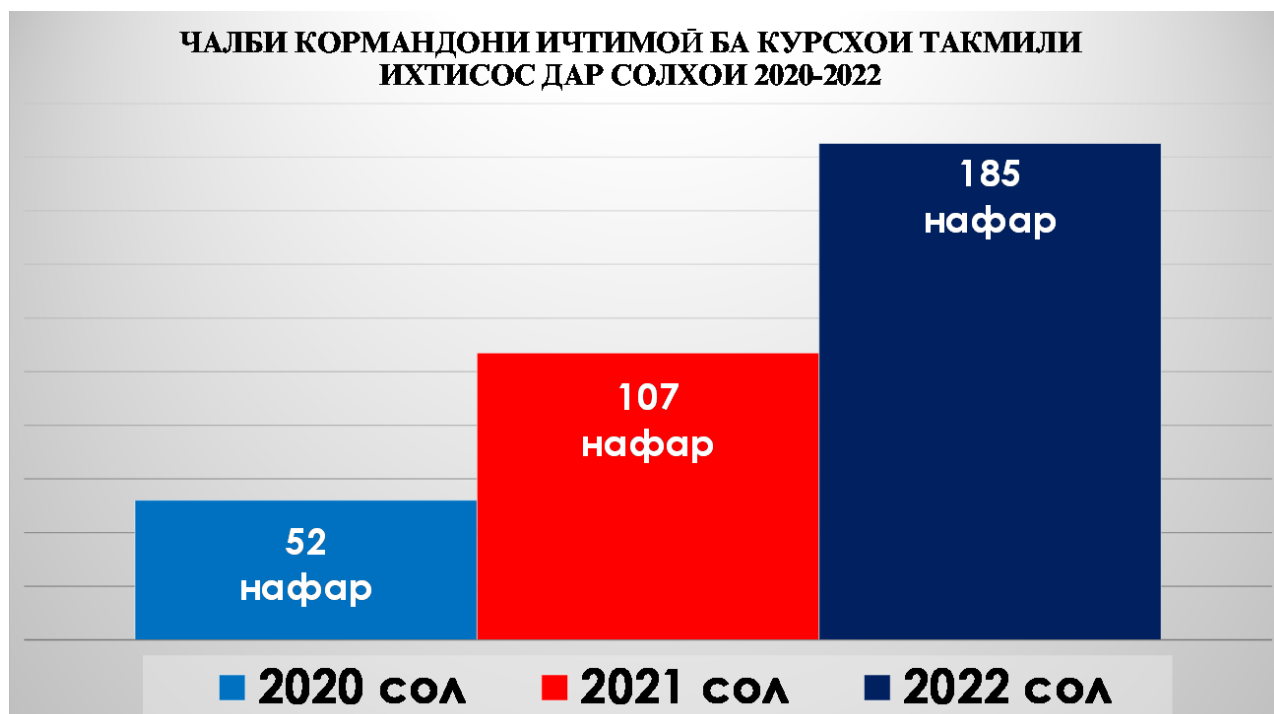
дани мутахассисони соҳаи ҳифзи иҷтимоии аҳоли яке аз самтҳои асосӣ ва аввалиндараҷа на танҳо дар соҳаи ҳифзи иҷтимоӣ, балки дар системаи таҳсилоти касбии ҷумҳурӣ ба шумор меравад.

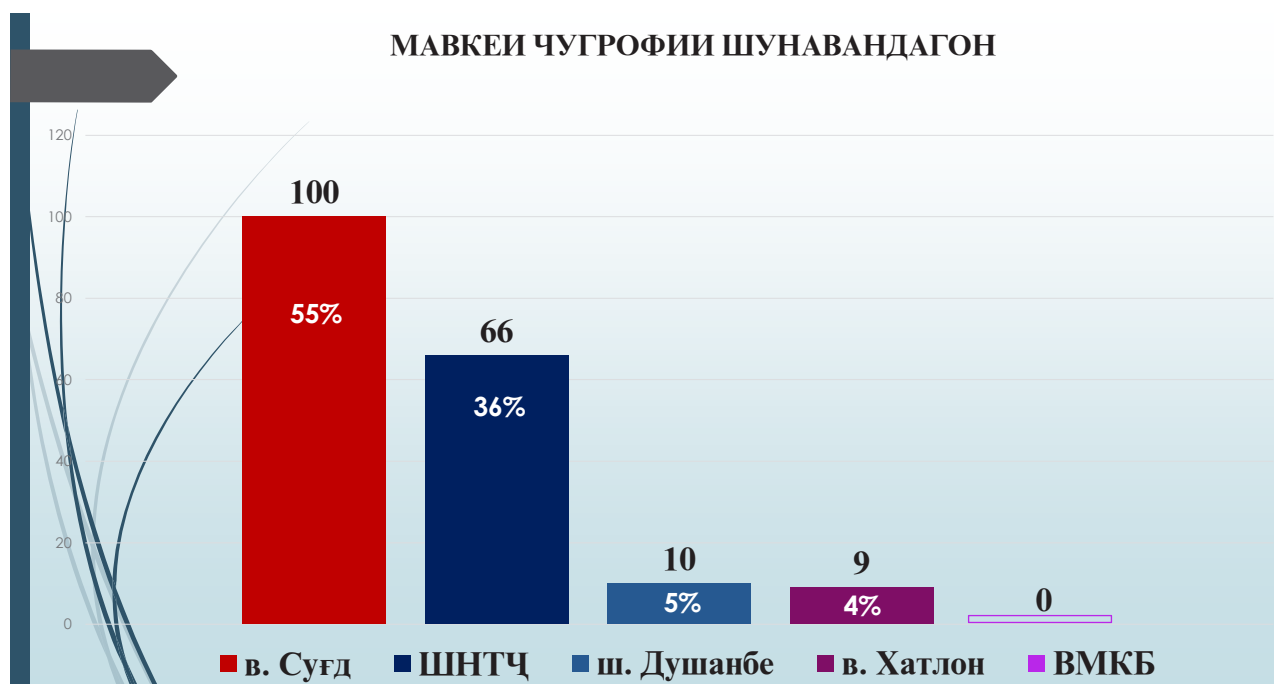
Кадрҳои соҳаи ҳифзи иҷтимоии аҳоли, ки ба истилоҳ онҳоро “қормандони иҷтимоӣ” меноманд, бояд дар як вақт дорои маълумоти иқтисодӣ, ҳуқуқӣ, психологӣ ва ихтисоси кори иҷтимоӣ бошанд.

Дар умум дар ташкилоту муассисаҳо ва дигар зерсохторҳои Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон зиёда аз 4 ҳазор нафар қорманд фаъолият менамояд. Мутаассифона, боядқайднамоем, ки дар миёни қормандони мазкур шумораи ангуштшуморе ҳастанд, ки дорои маълумоти махсуси риштаи ҳифзи иҷтимоии аҳоли мебошанд. Ба истиснои қормандони қисмҳои тиббӣ таъбаоти ташкилоту муассисаҳои ҳифзи иҷтимоӣ, боқимондаи қормандон асосан дорои ихтисосҳои гуманитарӣ ва ғайраҳо мебошанд.

Айни замон дар сохтори Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли асосан ду муассисаи калидӣ ба тақмили ихтисос ва бозомӯзии қормандони ҳифзи иҷтимоии аҳоли машғул мебошанд: МД “Маҷмааи таълимию таҷрибаии қори иҷтимоӣ ва инноватсияҳо” ва МД “Пажӯҳишгоҳи экспертизаи тиббӣ иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъюбон”. Дар асл аз муассисаҳои номбурда - “Маҷмааи таълимию таҷрибаии қори иҷтимоӣ ва инноватсияҳо” ягона муассисаи давлатии таълимие ба шумор ме-

Расми 1.





равад, ки тибқи оинномааш бевосита дар ин самт вазифадор ва ваколатдор буда, моҳиятан он нақши донишкадаи баъдидипломии кормандони соҳаи хифзи иҷтимоии аҳолиро ба дӯш дорад

Дар асоси фармоиши Вазорати тандурустӣ ва хифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 4 феввали соли 2022, №1-5/855 даврҳои тақмили ихтисос ва курсҳои бозомӯзӣ барои кормандони соҳаи хифзи иҷтимоии аҳолии шаҳру ноҳияҳо ва нақшаи таълимии муассиса аз 16 феввали соли 2022 оғоз гардида, то имрӯз 185 нафар кормандони иҷтимоӣ аз курсҳои тақмили ихтисос ва курсҳои бозомӯзӣ гузаштаанд, ки нисбат ба ҳамин давраи соли гузашта 78 нафар зиёд мебошанд (расми 1).

Аз рӯи мавқеи ҷуғрофӣ 55% ҷисади шунавандагони курсҳои тақмили ихтисоси кормандони иҷтимоӣ ба вилояти Суғд, 36% - ба шаҳру ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ, 5% ба шаҳри Душанбе ва 4% ба вилояти Хатлон рост меояд (расми 2).

Бо мақсади ҳалли масъалаи мазкур дар сохтори МД “Пажӯҳишгоҳи экспертизаи тиббӣ ва иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъёубон” Баҳши захираву таълимӣ ва аспирантура бо фармоиши Вазири тандурустӣ ва хифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 05 апрели 2017 сол таҳти №243 барои тақмили ихтисоси табибони экспертизаи тиббӣ ва иҷтимоӣ, ҳамшираҳои миёнаи тиббӣ ва тайёр намудани кормандони иҷтимоӣ таъсис дода шудааст. Яке аз самтҳои асосии фаъолияти Баҳш ташкил ва доир кардани курсҳои кӯтоҳмуддати тақмили ихтисоси табибону ҳамшираҳои тиббии

соҳаи экспертизаи тиббӣ ва тавонбахшии маъёубон ва тайёр кардани кормандони иҷтимоӣ мебошад. Даври тақмили ихтисоси “Кори иҷтимоӣ” ба кормандони зерсохтори хифзи иҷтимоии идораҳои маҳаллии ҳокимияти иҷроия, шуъбаҳои хизматрасонии иҷтимоӣ дар хона, марказҳои будубоши рӯзона, муассисаҳои статсионарии хизматрасонии иҷтимоӣ, намояндагони ташкилотҳои ғайридавлатӣ ва дигар ташкилоту муассисаҳо, ки хизматҳои иҷтимоӣ мерасонанд, раво карда шудааст.

Бояд қайд намуд, ки ба ҳайати шунавандагон кормандони сохторҳои хифзи иҷтимоии Вазорати тандурустӣ ва хифзи иҷтимоии аҳоли, аз он ҷумла ҳамшираҳои хурди тиббӣ, фаррошон, инчунин кормандони ташкилотҳои ғайридавлатӣ ва дигар ташкилоту муассисаҳо, ки хизматҳои иҷтимоӣ мерасонанд ва бо масъалаҳои хифзи иҷтимоии табақаҳои ниёзманди аҳоли дохил мешаванд. Шунавандагон баъди хатм соҳиби Шаҳодатномаи намунаи давлатӣ ва ихтисоси “Корманди иҷтимоӣ” мегарданд.

Тибқи талаботҳои стандартҳои Давлатӣ мавзӯҳои асосии курсҳои омӯзишӣ ин:

- расонидани хизматҳои иҷтимоӣ-маишӣ, ёрии аввалияи тиббӣ, дастгирии аввалияи руҳӣ;
- расонидани кӯмаки паллиативӣ ба беморони пиронсол ва маъёубон;
- расонидани ёрии амалии ҳаррӯза, аз он ҷумла, нигоҳубин ва хизматрасониҳои иҷтимоӣ ба маъёубоне, ки пурра ё қисман қобилияти худ-хизматрасониро гум кардаанд;

– расонидани хизматрасониҳои иҷтимоӣ, барқарорсозӣ ва маслиҳатдиҳии инфиродӣ дар муҳити оила ва ҷомеа.

Яке аз бартариҳо ё афзалиятҳои барномаи таълимии “Корманди иҷтимоӣ” дар он аст, ки дар он на танҳо масъалаҳои хизматрасониҳои иҷтимоӣ, балки ҷанбаҳои тиббӣ-иҷтимоӣ мавриди омӯзиш қарор гирифтааст. Дар раванди омӯзиш корманди иҷтимоӣ бо хусусиятҳои ҳолатҳои солимӣ, беморӣ, расонидани ёрии аввалияи қаблитабибӣ дар ҳолатҳои таъҷилӣ, парастории беморону маъҷубон, услубҳои тавонбахшии тиббӣ, иҷтимоӣ-муҳитӣ, касбӣ-меҳнатӣ, рӯҳӣ-педагогӣ ва ҷанбаҳои иҷтимоии кумаки паллиативӣ шинос мегардад.

Дуввум афзалият дар он аст, ки таълим дар шакли модул сурат мегирад, ки он барои ҳарчи зудтар азхуд кардани малакаву маҳорат мусоидат менамояд. Сеюм афзалият дар он ифода меёбад, ки барои гузаронидани донишҳои назариявӣ, амалӣ, малакаву маҳоратомӯзӣ дар Пажӯҳишгоҳ ҳамаи шароитҳои мусоид фароҳам оварда шудааст. Албатта ҳолатҳои расонидани ёрии қаблитабибӣ ва кумаки паллиативӣ дар қори иҷтимоӣ хусусиятҳо ва маҳдудиятҳои хоси худро доранд.

Дар робита ҳамкорӣҳои дуҷониба бо муассисаҳои давлатии “Маҷмааи таълимию таҷрибаии қори иҷтимоӣ ва инноватсияҳо” ва “Маркази миллии тавонбахшии кӯдакони маъҷуб “Чорбоғ” дар ноҳияи Варзоб”, инчунин марказҳои дастгирии оила ва кӯдак дар шаҳри Душанбе ва кафедраҳои тавонбахшӣ дар самти тақмили ихтисоси мутахассисон бо маром идома дорад.

Дар Тоҷикистон бо вучуди мавҷуд будани низоми мукаммали таълимоти касбӣ ва зинаҳои таҳсилот, то ҳанӯз дар самти ҳифзи иҷтимоии аҳоли низоми муайян ва ҳамоҳангшудаи тайёр кардани кадрҳо ва ҷобачокунии мақсадноки мутахассисони соҳавӣ таҳия ва тартиб дода нашудааст. Аз ин рӯ, дар партави дастури супоришҳои Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 31 март соли 2022, №148 “Барномаи маҷмуии давлатии тайёр намудани кадрҳои низоми ҳифзи иҷтимоии аҳоли барои давраи то соли 2030” ба тасдиқ расидааст [5]. Тибқи Барномаи мазкур дар баробари масъалаҳои тайёр намудани мутахассисони дорои таҳсилоти миёнаи касбӣ ва олии касбӣ ба раванди бозомӯзӣ ва тақмили ихтисоси кормандони ҳифзи иҷтимоӣ аҳамияти муҳим дода шудааст.

Корманди иҷтимоӣ чун мутахассиси масъули соҳавӣ барои хизмат расонидан ба эҳтиёҷмандон, мусоидат ва ғамхорӣ дар беҳдошти маънавиёт,

тандурустӣ, ҳолати ҷисмониву зехнии шахсони ниёзманд масъул аст ва барои татбиқи ҳамин мақсад даъват карда мешавад. Вобаста ба вазифаи худ қори иҷтимоӣ ҳамчун шакли таъсири давлатӣ ва ғайридавлатӣ таъмини сатҳи зарурии молиявӣ ва фарҳангии шаҳрвандонро фаро гирифта, аз рӯи имконияти мавҷуда барқарор намудани қобилияти қорӣ ва ё тавонмандии онҳоро таъмин мекунад.

Мафҳуми «Корманди иҷтимоӣ» дар Тоҷикистон мутобиқи қонуни қабулшуда «Дар бораи хизматрасонии иҷтимоӣ» ба он кормандоне далолат мекунад, ки онҳо ба одамони дар муассисаҳои парасторӣ қарордошта, одамони эҳтиёҷманди дар хонаҳо сукунатдошта ва шахсони дар оилаҳо истиқоматкунанда, ба шахсони дар марказҳои будубоши рӯзона ҳузурдошта ва дигар шахсони ба хизматрасонии иҷтимоӣ ниёзманд, дар ҳудуди қонунҳои қорӣ ғамхорӣ ва хизматрасонӣ мекунанд. Вазифаи асосии кормандони иҷтимоӣ дар Тоҷикистон бо кӯдакону наврасон ва пиронсолони ниёзманд, кӯдакон ва калонсолони имконияти ҷисмониву зехниашон маҳдуд, камбизоатон, вайронкунандагони қонун, модарони танҳо ва кӯдакони бекасу бесарпаноҳ дастрас намудани хизматрасонии иҷтимоӣ мебошад [2].

Ҷаъолият дар системаи ҳифзи иҷтимоии аҳоли як қатор масъалаҳо ва вазифаҳоеро дар бар мегирад, ки бо фарогирии доираи васеи аҳоли, аз ҷумла табақаҳои осебпазир, намудҳои муайяни ҷаъолият, мураккабӣ, масъулиятнокии хоси худ фарқ мекунанд. Ин дар навбати худ оمودасозии мутахассисонро аз рӯи сатҳи тахассуснокӣ ва ихтисоси касбӣ вобаста ба салоҳиятнокии онҳо, яъне оид ба дониш, малака ва дараҷаи масъулиятнокиро тақозо менамояд.

Таҷрибаи ҷаҳонӣ нишон медиҳад, ки самаранокии қори иҷтимоӣ, сатҳи маданияти касбӣ на танҳо дар рушди шабакаи ҳадамотҳои иҷтимоӣ, балки аз дараҷаи сифати таҳсилоти касбӣ низ вобастагии зиҷ дорад.

Дар замони ҳозира курсҳои бозомузии касбӣ ва тақмили ихтисоси сатҳи кормандони иҷтимоӣ ру ба афзоиш меёбад. Ташаккулёбии доимии чунин таҳсилоти бефосилагӣ мунтазам амалӣ мегардад. Пеш аз ҳама, зарурати бавучудоии чунин курсҳо дар он аст, ки илми муосир доимо ба бозори меҳнат навовариҳо, ғояҳои нав ба нав, моделҳо, технологияҳо, дастгоҳҳо, таҷҳизотҳо ва ахбороти навро ворид месозад, ки он албатта бетаъсир наемонад.

Имрӯз, ки қори иҷтимоӣ дар ҷумҳурий марҳалаи нахустини ташаккулёбиро паси сар ме-

кунад, омода намудани кормандони иҷтимоӣ яке аз заминаҳои асосии таҳкимбаҳшии пояҳои он маҳсуб меёбад. Ин муҳимият дар он асос меёбад, ки корманди иҷтимоӣ ба ташкили кумак ва дастгирии мутақобилаи одамон ва гурӯҳҳо, ки дар ҳолати душвори зиндагӣ қарор доранд, аз ҷумла, тавонбаҳшии рӯҳӣ-иҷтимоӣ ва интегратсияи онҳо, ошкор намудани табақаҳои ниёзманди аҳоли ва муайян намудани хусусият ва ҳаҷми кумаки лозимӣ, инчунин кумаки паллиативӣ бояд мусоидат намояд, ба вазъият ва талаботи истифодабарандаи хизматҳо баҳо дода тавонад.

Бо назардошти тамоюли муосир дар рушди ҷомеа шахсони кӯҳансол, маъюбон, кӯдакони маъюб, занҳо, модарони танҳо, кӯдакони ятим, кӯдакон аз оилаҳои серфарзанд, шахсони гирифтори бемориҳои вазнин, майзада, наҷмаманд, шаҳрвандони мӯҳтоҷ, ки дар ҳолати рӯҳафтадагӣ вобаста бо фалокатҳои экологӣ, гум кардани наздикон, оила, манзил ва ғайра метавонанд шахсони ба кумаки иҷтимоӣ ниёзманд маҳсуб доништа шаванд.

Зимни омӯзиш ва таҳлили вазъии фаъолияти муассисаҳои табобатӣ-профилактикии шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурий маълум гардид, ки беш аз 90 дарсади ҳамшираҳои хурди тиб ё фаррошон бо маълумоти миёнаи умумӣ кор мекунанд. Инҳо метавонанд яке аз звеноҳои асосие ба шумор раванд, ки бевосита ба истифодабарандаи хизматҳо дар алоқаи зич қарор дошта бошанд. Аз тарафи дигар баланд бардоштани сатҳи маърифатнокӣ, муоширатнокӣ, ахлоқӣ ва донишҳои назариявии онҳо дар соҳаи ҳифзи иҷтимоӣ аҳамияти калонро касб менамояд.

Қайд кардан ҷои асосӣ аст, ки хусусан таҷрибаи кори мактабҳои кори иҷтимоӣ дар давлатҳои тараққиқардаи Австрия, Белгия, Дания, Франция, Греция, Италия, Нидерландия, Норвегия, Португалия ва Швейцария назаррас аст [6].

Имрӯз, ки кори иҷтимоӣ дар ҷумҳурий марҳилаи нахустини ташаккулёбиро паси сар мекунанд, омода намудани кормандони иҷтимоӣ яке аз заминаҳои асосии таҳкимбаҳшии пояҳои он маҳсуб меёбад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз вақти ба даст овардани истиқлолияти давлатӣ то айни замон

раванди ташкили низоми ҳифзи иҷтимоии худӣ давом дорад, ки онро ҳамчун фаъолияти давлат оид ба дастгирии рушди бозори меҳнати самарабахш ва амалкунанда, ҳифзи шаҳрвандон аз хатарҳои иҷтимоии алоқаманд бо аз даст додани музди меҳнат (даромад), инчунин таъмини кӯмак ба шаҳрвандон дар ҳолати аз кор мондани тартибот (механизм)-и бозорӣ, ки имконияти таъмини ҳаётгузаронии мӯътадилро медиҳанд, метавон таъриф дод.

Аз нигоҳи имрӯза ҳамон мутахассисе ҳамчун корманди иҷтимоии кордон ва муваффақ эътироф мегардад, ки усулҳои муосири технологияи кори иҷтимоӣ, навоҷириро дар ҳифзи иҷтимоии ниёзмандон ба кор мебарад, сатҳи касбияти ҳудро мунтазаман баланд мебардорад, таҷрибаи ватанӣ ва хориҷиро меомӯзад ва татбиқ менамояд. Ин пеш аз ҳама ба боло бурдани сатҳи маърифати касбии кормандони иҷтимоӣ тақдир муассир мебахшад.

Хулоса. Ҳамин тариқ, амалишавии фаъолиятҳои инноватсионӣ ва фарогирии кормандони соҳаи ҳифзи иҷтимоии аҳоли ба курсҳои тақмили ихтисос айнаи замон ба як низоми муттасил ва муҳим даромада, новобаста аз мушкилот ба зинаҳои тадриҷан вусъатёбанда тамоюл дорад.

АДАБИЁТ:

1. Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи хизматрасонии иҷтимоӣ» аз 5 январи соли 2008, №359.
2. Кори иҷтимоӣ, фарҳанги мухтасари энциклопедии тоҷикӣ-русӣ. Душанбе – 2013с.
3. Паёми Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Э.Раҳмон ба Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон, аз 26 декабри соли 2018.
4. Стратегияи рушди инноватсионии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2020 (Қарори ҲҚТ №354 аз 30 майи соли 2015)
5. “Барномаи маҷмуии давлатии тайёр намудани кадрҳои низоми ҳифзи иҷтимоии аҳоли барои давраи то соли 2030” (қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 31 марти соли 2022, №148)
6. Пулотов К.Ҷ. Асосҳои кори иҷтимоӣ/адабиёти таълимӣ – Душанбе 2018.- 164с.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОЛИОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Душанбе

Актуальность. Несмотря на все уменьшающееся количество больных с тяжелыми последствиями перенесенного полиомиелита вопросы лечения данной патологии до сих пор остаются актуальными и наиболее сложными в детской ортопедии. Тяжелые деформации опорно-двигательного аппарата после перенесенного полиомиелита у детей составляют от 10 до 29% от общего числа больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, занимая второе место после больных с врожденными деформациями конечностей (С.П. Миронов с соавт. 2008, С.М. Мирзоева, 2014, 2017) и является одной из ведущих причин инвалидности детства.

При полиомиелите деформации и ограничения функции конечности формируются в зависимости от поражения определенных групп мышц. Лечение больных с тяжелыми последствиями перенесенного полиомиелита до сих пор остается актуальным и является одной из наиболее сложных проблем в ортопедии. Хирургическое вмешательство в комплексном лечении больных с остаточными явлениями перенесенного полиомиелита у детей способствует устранению различных деформаций конечностей и уменьшению степени инвалидности больных.

Цель исследования. Изучить результаты современных методов хирургического вмешательства в комплексном лечении последствий перенесенного полиомиелита у детей.

Материал и методы исследования. Нами в детском травматолого-ортопедическом отделении НМИЦ РТ «Шифобапхш» были анализированы истории болезни 168 больных в возрасте от 5 до 14 лет, подвергнутых оперативному лечению по поводу остаточных явлений перенесенного полиомиелита. Мальчиков было 96 (57.2%), девочек - 72 (42.8%).

В комплекс диагностических пособий входил ортопедический осмотр, анамнез, рентгенологические исследования, электромиография, УЗИ органов, компьютерная томография, лабораторные анализы биохимия, гомеостаз, остаточный азот, общий белок).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ материала показал, что при деформации нижних конечностей преобладали поражения

дистальных отделов, т.е. стопа, хотя на первом месте по частоте превалировало поражение мышц бедра, затем голени и стопы.

Анализ нашего материала показал, что эквинусная стопа была у 53 (31,5%) детей, плосковальгусная у 18 (10,7%), пяточно-вальгусная у 14 (8,3%), эквинусная деформация у 10 (6,0%), сгибательные контрактуры коленного сустава у 32 (19%), сгибательно-приводящие контрактуры в тазобедренном суставе у 15 (8,9%), укорочение конечностей 13 (7,7%) и патологический вывих бедра у 11 (6,5%) больных.

Опыт наблюдения показал, что при правильном лечении детей во время острого периода заболевания и своевременном систематическом проведении необходимых лечебных ортопедических мероприятий в течение всего восстановительного периода, можно в значительной мере добиться восстановления нарушенных функций нервной системы и не допустить развития тяжелых деформаций конечностей. Устранение контрактур и деформаций должно начинаться с этапных гипсовых повязок, ЛФК, массажа, тепловых процедур и только при безуспешности консервативной терапии заканчиваться оперативным вмешательством. Оперативному лечению подвергались дети с 5 летнего возраста после окончания восстановительного периода.

Диапазон хирургических вмешательств в настоящее время довольно большой, но в каждом отдельном случае построение плана оперативной помощи носило индивидуальный характер. В стационаре для каждого больного индивидуально определялся план лечения в зависимости от возраста больного, давности заболевания, характера анатомических и динамических возможностей организма больного, а также компенсаторной приспособленности его в послеоперационном периоде. Больным, которым представлялась возможность устранить деформацию без хирургического вмешательства на костях, производились операции на сухожилиях и мышцах и лишь больным со стойкими деформациями производились операции на костном скелете. По показаниям сочетались операции на костях и сухожильно-мышечном аппарате. Мы считаем целесообразным, начинать вмешательства с дистальных отделов конечности. При поражении двух конечностей оперативное

вмешательство обычно начиналось с более тяжело пораженной конечности больного. Для восстановления и улучшения функции конечностей в клинике выполнялись корригирующие, восстановительные и стабилизирующие операции.

Характер оперативных вмешательств (219 операций), проведенных в клинике заключался в следующем: ахиллопластика, рассечение подошвенного апоневроза выполнена в 55 случаях (25,1%), транспозиция сухожилий в 56 (25,5%), подтаранный трехсуставной артродез стопы в 31 (14,5%), удлинение и тенотомия сгибателей коленного сустава в 19 (8,6%), метаплазия по Вредену - в 21 (9,5%), надмыщелковая остеотомия бедра в 25 (11,4%) случаях. Удлинение конечности аппаратом Илизарова осуществлено у 12 (5,5%) больных. Превышение количества операций над количеством больных объясняется тем, что отдельным больным приходилось делать по несколько оперативных вмешательств, ввиду множественности и тяжести поражения конечностей. Определяя объем и характер возможных оперативных вмешательств, мы стремились максимально использовать современные достижения ортопедии, позволяющие восстановить опороспособность конечности в целом. Старались избегать артродезирующих операций, шире использовали возможности компрессионно - дистракционных аппаратов и т.д.

При паралитической косолапости (53 случаев) оперативное вмешательство заключалось в удлинении ахиллова сухожилия, тенотомия подошвенного апоневроза и пересадке передней большеберцовой мышцы на латеральный край стопы (55 случаях). При значительном выпадении силы мышц пересадку откладывали на второй этап, когда производили подтаранный трехсуставной артродез (12).

При параличе обеих большеберцовых мышц развивается плоско-вальгусная и падающая стопа. В этом случае пересадка одной длинной малоберцовой мышцы недостаточна, в связи, с чем приходится прибегать к комплексной операции: подтаранному трехсуставному артродезу с пересадкой сухожилий обеих малоберцовых мышц.

При пяточно-вальгусной деформации стопы у старших детей и подростков производили: подтаранный трехсуставной артродез стопы с учетом пяточно- вальгусной деформации и пересадку малоберцовой мышцы на пяточную кость. (12). Паралитическая вальгусная стопа сочетающаяся с плоской, конской и пяточными деформациями, как следствие паралича большеберцовых мышц встречалась у 16 детей. В этих случаях производилась

пересадка малоберцовых мышц на внутренний край стопы в костный канал ладьевидной кости, а также пересадку мышц с артродезом мелких суставов по методу Грайса, сущность, которой состоит в восстановлении нормальных соотношений костей предплюсны и выведение таранной кости из эквинусного положения. Корригированное положение стопы поддерживается двумя костными трансплантатами, введенными в подтаранный sinus, что создает «внесуставной артродез» подтаранного сочленения. При поражении параличом всех мышц стопы, за исключением трехглавого сгибателя голени развивается паралитическая конская стопа. В этих случаях подвешивание стопы в трех точках по Вредену способствовало выведению стопы в правильное положение.

В послеоперационном периоде важным фактором лечения является восстановительная терапия: массаж, активная гимнастика, тепловые процедуры и обучение ходьбе в рациональном ортезе.

По поводу деформации в области коленного сустава производились следующие операции: удлинение и пересечение сухожилий, пересадка сухожилий, надмыщелковые корригирующие остеотомии бедра. Чаще на почве паралича четырехглавой мышцы бедра развивается контрактура коленного сустава при этом, больные при ходьбе опираются рукой на переднюю поверхность бедра. Больным производили остеотомию бедренной кости по Репке (11) и по показаниям метаплазию по Вредену (21). Из двух параллельных разрезов выделяли сухожилия мышцы, натягивающие широкую фасцию бедра, длинную головку двуглавой мышцы снаружи, полусухожильной и нежной мышцы внутри. После отсечения у места перехода на голень, через полукружный разрез, проведенный, над надколенником укрепляли костно - надкостнично на надколеннике. На 4 неделе накладывалась гипсовая повязка. Показанием к надмыщелковой остеотомии являлись стойкие контрактуры и деформации суставов, не устраненные другими методами. Она производилась на поперечно-надэпифизарной линии бедра и не оказывала влияния на рост кости в длину, и позволяла исправить положение оси конечности, чем повышала ее опорность.

Сгибательные, сгибательно-приводящие контрактуры тазобедренного сустава устранялись путем тенотомии приводящих мышц и субспинальной миотомии у 8 больных. При более стойких контрактурах (7) производилась подвертельная корригирующая остеотомия бедренной кости. При паралитическом вывихе бедра (11 случаев) осу-

ществлялось открытое вправление вывиха бедра и пластика круглой связки лавсановой лентой.

Удлинение конечностей производили при укорочении ее не менее чем на 3 см путем кортикотомии и наложения аппарат Илизарова (12 случаев). В послеоперационном периоде (7-8 день) производилась дозированная дистракция. Внедрение компрессионно-дистракционного остеосинтеза позволило повысить эффективность хирургического лечения больных с последствиями перенесенного полиомиелита. В послеоперационном периоде больные получали медикаментозную терапию (витамины, дибазол, прозерин, АТФ и пр), массаж, восстановительную терапию, санаторно-курортное лечение и при необходимости современное протезирование. Хирургическое лечение в комплексе с медикаментозной и бальнеотерапией способствовало снижению инвалидности детей с последствием перенесенного полиомиелита.

Результаты лечения показали, что все больные после оперативных вмешательств отметили улучшение опороспособности пораженной конечности. Дети (10), которые не передвигались до операции, начали самостоятельно ходить при помощи костылей. Большинство больных освободились от тяжелых фиксирующих аппаратов. 13 больных получили возможность передвигаться в домашних условиях самостоятельно. Они пользовались ортопедической обувью или облегченными шинами

только при передвижении на большое расстояние.

Выводы.

1. В настоящее время в арсенале ортопеда имеется целый ряд хорошо разработанных современных методов хирургических вмешательств, в комплексном лечении больных с деформациями на почве перенесенного полиомиелита у детей.

2. Правильное и своевременное применение хирургических вмешательства способствует восстановлению здоровья и снижению степени инвалидности у детей и подростков перенесших полиомиелит.

3. Лечение паралитической деформации конечностей у детей после перенесенного полиомиелита должно быть ранним, комплексным и индивидуальным.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Мирзоева С.М. Лечение последствий полиомиелита нижних конечностей у детей /С.М.Мирзоева, Р.Т.Курбанова [и др.] //1X съезд травматологов Узбекистана, Ташкент. 2017. - С. 262.

2. Толибов Ш.М. Сравнительная оценка хирургического лечения паралитической косолапости \ Ш.М. Толибов [и др.] // Научн. практ. журнал Тадж. Института последипломной. подготовки мед. кадров, Душанбе. 2013, С.-. 54-55.

3. Миронов С.П. Ортопедия, национальное руководство / С.П. Миронов. Москва, 2008.

¹Оймахмадов Х.Д.,²Бегмуродзода С.Б.,³Одинаева Ф. С.,⁴Қурбонзода Қ.Б.

САБАБҲОИ ЗУРОВАРӢ ДАР ОИЛА НИСБАТИ ЗАНОНУ КӢДАКОН ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

¹ МДТ «Коллеҷи тиббии шаҳри Ваҳдат»;

² Хадамоти давлатӣ оид ба назорати давлатии тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли,

³ Беморхонаи марказии шаҳри Ваҳдат;

⁴ МД «Пажӯҳишгоҳи экспертизаи тиббӣю иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъҷубон»

Муҳимияти масъала. Зуроварӣ нисбати кӯдакон ва занон дар оила яке аз амалҳои паҳншудаи ҳоси аксарияти давлатҳои дунё ба ҳисоб меравад. Зуроварӣ ба мисли расонидани зарари ҷисмонӣ ба аъзои оила аз он ҷумла шиканча, таҷовуз, таҳдид, куштор, ва дигар намудҳои маҷбурияти ҷинсӣ зоҳир мегардад. Аз рӯйи маълумоти қоршиносони ТУТ аз 10 то 65% - и занҳо дучори шаклҳои гуногуни зуроварии бисёрқарата ва тулонӣ мегарданд.

Омилҳои асосии хушунати оилавӣ, пеш аз ҳама вазъи ҷинсӣ ва иқтисодӣю иҷтимоӣ, камбизоатӣ,

таъмин нагардидани ҳуқуқи озодиҳои занону кӯдакон, ҳуқуқпарастӣ, бемасъулиятӣ, бепарвоя, аз ҷумла маданияти ҷинсӣ ва қонунон, бетарафӣю падару модарон махсуб меёбанд.

Хушунати мардон одатан дар он давлатҳои ривож меёбад, ки маданият, урфу одат ва бартарии мардон аз ҷиҳати иқтисодӣ ва ҷинсӣ нисбати занҳо ҳукмрон бошад. Гарчанде занҳо ҳам метавонанд нисбати шавҳари худ ҳашмигин бошанд, вале мардҳо хушунатро нисбати занҳо зиёдтар зоҳир менамоянд.

Дар мамлакатҳои араб 1/3 занҳо аз тарафи

шавхарҳои худ зери лату кӯб қарор мегиранд, вале ин зуроварӣ ошкор намегардад, на ҷабрида, на кормандони тандурустӣ ва на кормандони ҳифзи ҳуқуқ ошкор месозанд, чунки маданият, дин ва урфу одатҳо зуровариҳои мардро барои нигоҳ доштани обурӯи оила, амали интиқом дар ҷавоб аз рафтори нодурусти зан асоснок мекунанд.

Хушунати ҷисмонӣ ва ҷинсӣ муқобили занҳои Афғонистон, Ҳиндустон ва аксари давлатҳои Африко мавқеи ҳукмрон доштани мардро дастгирӣ намуда, вобаста будани ҳолати занҳо новобаста аз қонунҳои мавҷудбуда оид ба муҳофизати ҳуқуқҳои онҳо, 30%-и занҳои деҳаҳои давлати Уганда, Нигерия, Эфиопия, Мали зери таъсири хушунати ҷисмонӣ аз тарафи ҳамсарони худ қарордошта, дар ин ҳолат 90%-и онҳо ин лату кӯбро дуруст меҳисобанд.

Хушунати мард аз рашк дар аксари кишварҳои мусалмон, ичунин баъзе минтақаҳои Бразилия ҳамчун шарафи мард ва садоқатмандии зан яке аз урфу одатҳо ва муносибатҳои оилавӣ ҳисобида мешавад. Дар ШМА, яке аз давлатҳои мебошад, ки ҳифзу ҳуқуқи кӯдакон ва занон ҷиддӣ риоя мешавад. Лекин дар ҳуди Амрико низ дар давоми 1 сол зиёда аз 1,5 млн. Занону наврасон зери хушунати оилавӣ (зуроварӣ, таҳқир, таҷовуз, маъбӯбӣ, куштор) қарор мегиранд.

Аз дигар нуқтаи назар, амали ҳашмгини мард нисбати зан ва фарзандонаш зуд зуд дар он муҳите во меҳӯрад, ки сатҳи маълумот, ҳолати иҷтимоӣ иқтисодии шавҳар нисбати зан пасттар бошад. Дар ин гуна ҳолатҳо хушунати хонаводагӣ ҳамчун сабаби иқтисодӣ, кам шудани хизматрасонии модди сардори оила мебошад, сардори оила ҳама вақт кӯшиш менамояд, ки сарвари оила буданашро тасдиқ намояд ва амалҳои ҳашмгинӣ ва ғурури худро ба ин амалаш асоснок мекунанд. Аз ин рӯ паст будани сатҳи иқтисодӣ иҷтимоӣ оила яке аз сабабҳои асосии инкишофи хушунати оилавӣ ва мубориза барои ҳукмрон будан дар оила мегардад.

Ҳислатҳои бад доштани мард, аз ҷумла бадрафтори, дағали, шаробнушӣ, истеъмоли маводҳои муҳадир ва дигар ҳислатҳои ногувор ба хушунати оилавӣ меорад. Дар ин ҳолат тақрибан 44%-и шахсоне, ки ҳамсарони худро лату кӯб менамоянд, мушкilotи майзадагӣ, аз ҷумла руҳию равонӣ доранд. Ин гуна шахсон машруботи спиртӣ барои он истеъмол менамоянд, ки мушкilotи ҳаррӯзаи ҳаёти худро барканор намоянд, аммо натиҷаи дилхоҳро ба даст намеоранд. Ин маводҳо боз ҳам эҳсосоти руҳиро баландтар намуда, эҳтимолияти ба амал омадани зиддиятро дар

оила зиёд мекунанд.

Нақши аввалинро дар пешгирии хушунати хонаводагӣ ба он равона мекунанд, ки қурбонии хушунат муайян ва табобат гиранд, инчунин табибон ва психологҳо, ки амалҳои табобатиро мегузаронанд, бояд аввал омӯзонида шаванд. Барои бо сифат муайян намудани аломатҳои амалигаштаи хушунати хонаводагӣ барои табибон тайёрии махсус зарур аст, чунки даҳолати тиббӣ худ ба худ зуровариро қатъ ва пешгирӣ мекунанд.

Амалан барои ҳамаи ҷабридагон зарурати кӯмаки равоншинос ва мутобиқсозии иҷтимоӣ зарур мебошад. Дар аксарияти мамлакатҳои дунё марказҳои махсуси кӯмакрасонӣ ба қурбонҳои хушунати хонаводагӣ вучуд доранд. Бинобар ин қарори хуб дар нақшаи пешгирӣ намудани хушунати хонаводагӣ дар доираи қонун пешниҳод кардани маълумоти расмӣ ба марказҳои васеи тиббию равонӣ «оид ба проблемаҳои оилавӣ», ки дар баробари асабшинос, руҳшинос, инчунин кормандони иҷтимоӣ, ки ҳолати руҳиро дастгирӣ карда, қисман ҳал намудани масъалаҳои иҷтимоӣ хоҷагиро дар дохили оила ҳал менамоянд, лозим аст.

Таҳия ва татбиқи санадҳои меърию ҳуқуқӣ оид ба ҳимояи ҳуқуқи озодиҳои инсон, пешгирӣ таҳдиду омилҳои ҷинояткорӣ, дастрасӣ ба кӯмакҳои тиббию иҷтимоӣ дар ҷодаи пешгирии зуроварӣ дар оила, инчунин пасомадҳои тиббию иҷтимоӣ он нақши калонро иҷро мекунанд.

Баъзе муаллифгон пешниҳод мекунанд, ки аз ҳама муносибати самаранок дар пешгирии хурӯчи хушунати хонаводагӣ ин табобати ҳар ду ҳамсарон, пеш аз ҳама ҳолати руҳию равонии ҷабрида мебошад, чунки дар натиҷа сифати ҳаёти ҳамаи аъзои оила беҳтар мегардад.

Дар ҷараёни ин гуна табобат бартарӣ ба усулҳои омӯзиши рафтор баҳо дода мешавад, ки дар натиҷа муносибатҳои байни ҳамсарон ҳолати эҳсосии кӯдакон дар оила беҳтар гардида, дар он оилаҳое, ки ҳамсар аз майзадагӣ азият мекашад, ҳавасмандӣ нисбати табобат баланд мегардад. Табобати зидди майзадагӣ ҷӣ барои зан ва ҷӣ барои мард, ки маводҳои спиртӣ истеъмол мекунанд, худ ба худ хатари рафторҳои ҳашмгинро паст намуда ба беҳтаршавии муносибатҳои байни оилавӣ мерасонад.

Яке аз ташкилотҳои бонуфузтарини дунё, ки оид ба пешгирии хушунати оилавӣ нақши бузургро бозидааст, ин Созмони Милали Муттаҳид (СММ) ба ҳисоб меравад. Ин ташкилот дар давоми мавҷудияташ як қатор санадҳои дахлдорро қабул намудааст, ки ҳамаи онҳо ба ҳимояи

хукуки кӯдакон дар оила равона карда шудаанд. Ин ташкилоти бонуфуз аксарияти давлатҳои дунёро водор сохтааст, ки нисбати ин амали нангин, хушунат нисбати занону кӯдакон дар кишварҳои аъзо, чораҳои дахлдор роҳандозӣ ва амалӣ карда шаванд.

Хуччати аввалинро 20 ноябри соли 1989 Ассамблеяи Генералии СММ бо қатъномаи 44/25 Конвенсияи СММ оид ба ҳуқуқҳои кӯдак қабул намуд. Санади мазкур ҳуқуқҳои кӯдаконро ба рушду камол дар шароити озоду арзанда муқаррар намуда, уҳдадорҳои волидайн, дигар шахсони онҳоро ивазкунанда ва давлатро дар таъмин ва ҳифзи ҳукуку озодиҳои кӯдакон пешбинӣ менамояд.

Чӣ тавре, ки аз ин хуччат бар меояд инсоният барои қабули ин қонунҳо роҳи дуру дарозро тай намуд. Чунки то таҳия ва қабулшавии ин санади муҳим, сараввал соли 1924 Эъломиаи Женевагии ҳуқуқҳои кӯдак дар доираи Лигаи миллатҳо, баъдан соли 1948 аз ҷониби Ассамблеяи Генералии СММ Эъломиаи умумии ҳукуки инсон, соли 1959 Эъломиаи ҳуқуқҳои кӯдак қабул гардиданд. Дар соли 1989 қабул гаштани Конвенсияи СММ оид ба ҳуқуқҳои кӯдак ва аз 2 сентябри соли 1990 ҳукми амал пайдо кардани он ба авҷи ҳамаи он кӯшишҳо нукта гузошт.

Кӯдакон ва ҳуқуқҳои онҳо аз лаҳзаи таъсисёбии он, яъне аз соли 1945 дар мадди назари СММ қарор дошта, яке аз санадҳои аввалини Ассамблеяи Генералии СММ оид ба таъсис додани Ҳазинаи кӯдакони Созмони Милали Муттаҳид (ЮНИСЕФ) мебошад, ки айни замон сохтори асосии кӯмаки байналмилалӣ ба кӯдакон ба шумор меравад.

Дар Эъломиаи умумии ҳукуки инсон, ки аз ҷониби С.М. М. соли 1948 қабул шудааст, қайд мешавад, ки кӯдакон бояд объекти махсуси ғамхорӣ ва кӯмак бошанд. Соли 1959 СММ Эъломиаи ҳукуки кӯдакро қабул карда, дар он қайд менамояд, ки инсоният вазифадор аст ба кӯдакон беҳтарин шароитро муҳайё созад. Ғайр аз ин дар он 10 принципҳои иҷтимоию ҳукукии марбут ба ҳифз ва некуаҳволии кӯдакон дар сатҳи милли ва байналмилалӣ эълон карда шуда, аз волидон, шахсони алоҳида, созмонҳои ғайриҳукуматӣ, мақомотҳои маҳаллӣ ва давлатҳо даъват карда шудааст, ки ҳуқуқ ва озодиҳои кӯдаконро эътироф намоянд ва ба эҳтироми онҳо саъй намоянд. Ҳамчунин дар Эъломиа қайд шудааст, ки кӯдакон бояд бо ҳимояи махсус, имконият ва шароитҳои зарурӣ барои рушди солим дар шароити озодӣ ва эҳтироми шаъну шарафшон фаро гирифта ша-

ванд.

Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамчун узви комилҳукуки ҷомеаи байналмилалӣ баъди ба даст овардани истиқлолияти давлатӣ, дар миқёси Иттиҳоди давлатҳои мустақил яке аз аввалинҳо шуда, 26 октябри соли 1993 Конвенсияи мазкурро ба тасвиб расонид ва он барои Ҷумҳурии Тоҷикистон санаи 25 ноябри соли 1993 эътибор пайдо кард. Ба ғайр аз ин, Ҷумҳурии Тоҷикистон ду протоколи иловагӣ ба Конвенсияи мазкурро, ки яке ба манъи фурӯши кӯдакон, пешгирии фоҳишагӣ ва порнографияи кӯдакон дахл дорад ва дигараш ба пешгирии иштироки кӯдакон дар низоъҳои мусаллаҳона вобаста аст, ба тасвиб расонидааст.

Тоҷикистон чун давлатҳои дигари иштирокчии Конвенсия уҳдадор аст, ки ҳуқуқҳои дар Конвенсия таҳким бахшидашудаи кӯдаконро таъмин намояд ва ҳифз кунад. Бо мақсади таъмини ҳифзи кӯдакон дар сатҳи давлатӣ сохторҳои дахлдор бо проблемаҳои кӯдакон машғул шуда, ба татбики муқаррароти Конвенсия дар доираи салоҳиятҳои худ ҷаъолият мекунанд.

Ҳамчунин соли 2001 дар сохтори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон Комиссияи махсуси назди Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба ҳуқуқҳои кӯдак таъсис дода шуд. Он мақомоти доимо амалкунандаи байниидоравии машваратӣ буда, бо мақсади ҷамоҳанг сохтани ҷаъолияти идораҳои давлатӣ, бо фарогирии мақомоти маҳаллии ҳокимияти давлатӣ баҳри татбики қонунгузории Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҳамчунин уҳдадорҳои байналмилалии Тоҷикистон, ки аз Конвенсия оид ба ҳуқуқҳои кӯдак ва дигар санадҳои байналмилалӣ дар соҳаи ҳифзи ҳуқуқҳои кӯдак бармеоянд, таъсис дода шудааст.

Ҳамзамон, дар асоси қарори дахлдори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҳамаи шаҳру ноҳияҳо вазифаи ваколатдор оид ба ҳукуки инва, аз ҷумла кӯдакон таъсис дода шуданд, ки имрӯз натиҷаҳои хубро ба бор оварда истодаанд.

Омӯзиши зуроварӣ дар оила хело муҳим аст, зеро дар мамлакатҳои аз ҷиҳати иқтисодӣ қафомонда ҳазорҳо кӯдакон зери хушунати хонаводагӣ қарор мегиранд. Зуроварӣ нисбати занон ва кӯдакон дар оила мушкilotи асосии ҷомеа ва тандурустии бисёри мамлакатҳо, инчунин Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад. Ташкилотҳои байналмилалӣ кушиш ба харҷ медиҳанд, барномаҳои дарозмудат оид ба риояи ҳифзи ҳукуки кӯдакон тайёр намуда барои риояи он пешкаши ҷомеаи ҷаҳонӣ гардонанд. Аз

рӯйи нишондодҳои созмонҳои умумичаҳонӣ, мақомоти давлатӣ ва ташкилотҳои ғайридавлатӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамасола аз 30 то 50% занон ва кӯдакон ба зуроварӣ дучор мегарданд.

Дар аксари минтақаҳои тобеъи марказ, аз ҷумла дар қисме аз оилаҳои ҷумҳурӣ (зиёда аз 20,0%) муносибати хушдоман ва аъзои оилаи домод нисбати келин ҳамчун масъалаи мураккабу сарбастаи иҷтимоӣ боқи мемонад. Омӯзиши санадҳои дахлдор ва натиҷаи таҳқиқоти анҷомдода собит месозад, ки сабаби сар задани хушунати оилавӣ, аз ҷумла пошхурии бахше аз оилаҳо (40%) маҳз бо сабабҳои молиявӣ, камбизоатӣ, даҳолату таъсири беасоси хушдоманҳо сар мезананд.

Аз дигар тараф, аз тарбияи дурмондани келин, надониستاني асосҳои рӯзгордорӣ, исрофкорӣ, до-нишу малакаи пасти онҳо, надоштани одоби му-ошират бо аъзои оила, ба ҷо наовардани иззату эҳтироми шавҳар ва падару модар маҳсуб меёбанд.

Чунин шаклҳои хушунати оиларо аз ҳам ҷудо менамоем: ҷисмонӣ, равонӣ, маҳдудияти касбӣ, маҳдуд намудани озодии ҳаракат, иқтисодӣ. Ба ғайр аз ин нисбати кӯдакон бошад мо чунин на-муди хушунатро мушоҳида мекунем: набудани ғизо, кӯмаки тиббӣ, таҳсил ғайра. Ба мушкило-ти иҷтимоӣ раवонии занҳое, ки зери хушунат дар оила қарор доранд, дохил мешавад: тачохум, руҳафтодагӣ, маҳдудият аз ворид шудан ба ҷомеа, тухмату таҳқир ва ба худкушӣ расонидан.

Дар бораи шумораи кӯдакон, ки ба зуроварии хонаводагӣ дучор гардидаанд, то кунун маълумоти дақиқ вучуд надорад, зеро, ки ҳисоботҳои дахл-дор сари вақт ҷамъоварӣ ва баррасӣ намешаванд. Инчунин, дар аксари шахру ноҳияҳо, хусасан дар деҳотҷойҳо мутахассисони муассисаҳои тиббӣ ба масъалаи зуроварӣ ва шиканҷа дар оила диққати ҷиддӣ намендиханд, ҳолатҳои пешомадаро ба қайд намегиранд.

Умуман ҳулоса баровардан мумкин аст, ки на-мояндагони мақомоти давлатӣ бо шартҳои танзими зӯроварӣ нисбати кӯдакони кишвар на он қадар хуб ошноянд. Онҳо ба таври заиф чунин намудҳои зӯроварӣ, хушунати равонӣ, безътиной, истифодаи меҳнати кӯдакон ва ғайраро дар бар мегиранд. Аммо надоштани маълумоти даркорӣ оид ба ме-ёри системаи ҳуқуқӣ, танзими он, бақайдгирӣ ва ҳангоми хушунат нисбати кӯдакон ҷавоб до-дан на онқадар дар дараҷаи даркорӣ қарор дорад. Мақомотҳои дахлдор, инчунин аз афзоиши қочоқи кӯдакон, инчунин набудани равиши самаранок ва ҳамаҷониба, ки барои пешгирии ин падидаҳо ва бо онҳо мубориза бурдан имкон медиҳад, изҳори

нигаронӣ мекунанд.

Ҳулоса. Проблемаи хушунат дар оила муддати тӯлонӣ дар аксарияти мамлакатҳо, аз ҷумла киш-вари мо вучуд дошта носозгорӣ ва монеаҳоро дар муносибатҳои байни одамон дар ҷаъмият ба амал меорад. Шиддатнокии ин масъалаи нишонаи носо-лимии вазъи иҷтимоӣ дар ҷомеа ва беназорати дар иҷрои яхелаи санадҳои меёрию ҳуқуқӣ мебошад.

Хушунат дар оила нисбати ҳамсари худ боиси мушкилоти тиббӣ ба монанди ҷароҳати ҷисмонӣ, лат хурдан, шикастани устухон ва ғайраҳо ме-гардад, ки ин амалҳо метавонанд, муваққатан ба корношоямӣ ва маъъюбӣ расонанд. Хушунат нис-бати занону кӯдакон дар оила оқибатҳои наздик ва дурамалро ба амал меорад. Ба оқибати наздик осеб ва вайроншавии шадиди майна тааллуқ до-шта, ба оқибатҳои дур бошад, вайроншавии ин-кишофи ҷисмонӣ ва равонии занону кӯдакон, авҷи бемориҳои музмин, тағйирёбии шахсият ва эҳсосотӣ, вайроншавии рафтори иҷтимоии онҳо дохил мешаванд. Ба санадҳои ҳуқуқӣ, байналхалқӣ ва қонунҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон нисбати муҳофизати ҳуқуқи зан ва кӯдакон, ки онҳоро мо шартан метавонем ба санадҳои қонунгузорӣ нис-бати ҳуқуқҳои одам ва санадҳои қонунӣ нисбати ҳуқуқҳои зан ва кӯдак ҷудо намоем, тааллуқ до-ранд. Ҷораҳои пешгирии зӯроварӣ бояд мунтазам назорат ва арзёбӣ шаванд, то таҷрибаҳои хуб ва бехтарин, инчунин нуқтаҳои асосӣ ва роҳҳои пеш-рафт муайян карда шаванд. Набудани стандартҳои аз ҷиҳати қонунӣ ба расмият даровардашудаи фаъолияти мутахассисони ҳадамоти дахлдор ва идораҳои гуногун муомилаи бепарвоёна, ба эъти-бор нагирифтани хавфу хатарро ба амал меорад. Иҷрои ин шартҳо ба тақрористеҳсоли механизмҳои зӯроварӣ дар як оила ва ҳам дар фарҳангӣ ҷомеа монеъ мешавад.

АДАБИЁТҲО

1. Агрессия и психическое здоровье /Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. - СПб., 2002.
2. Алексеева Л.С. О насилии над детьми в семье. - М., 2002.
3. Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступное по-ведение и психические аномалии. - М., 1988.
4. Борисова Л.Б. Против насилия в семье. - М., 2003.
5. Горшков И.В., Зулкарнеев Р.М. Тяжкие престу-пления в семье. - М., 1997.
6. Градскова Ю. Домашнее насилие как социально-психологическая и культурная проблема: к портрету женщины-жертвы. - М., 2000.
7. Доклад Специального докладчика по вопросу

о насилии в отношении женщин, его причинах и последствиях на 52-й сессии Комиссии ООН по правам человека, UN DOC E/CN.4/1996/53.

8. Ильина С.В. Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личностных расстройств // Вопросы психологии, 1998. - №6.

9. Насилие и его влияние на здоровье: Доклад о ситуации в мире: Обзор /ВОЗ. - 2002.

10. Одинаева Ф.С., Факирова О.А., Сафарова К.А. и др. Домашнее насилие в отношении женщин как социальное явление, нарушающее права человека в Республике Таджикистан//Симург.2022.№14(2).-С. 111-113.

11. Орлов А. Б. Психологическое насилие в семье - определение, аспекты, основные направления оказания

психологической помощи // Психолог в детском саду. 2000, №2-3.

12. Платформа действий, принятая Четвертой всемирной конференцией по положению женщин 15 сентября 1995 года// A/CONF.177/20/Rev.1.

13. Пятый ежегодный отчет государств-членов Комитета ликвидации дискриминации в отношении женщин ООН, Российская Федерация, 3 марта 1999 г., CEDAW/C/USR/5.

14. Российская Федерация: некуда бежать - домашнее насилие над женщинами // «Международная Амнистия». – Лондон, 2005.

15. Стратегия борьбы с насилием в семье: справочное руководство ООН. NY, 1998.

УДК 364.444: 316.356.2-053.4

Павлова С.В., Сокуров А.В., Ермоленко Т.В., Лорер В.В., Малькова С.В., Ишутина И.С.

РАННЯЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ, ПУТЬ РАЗВИТИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург

Введение. Согласно Концепции развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов в Российской Федерации, на период до 2025 г., ранняя помощь детям и их семьям рассматривается в качестве начального звена формирования профилактических мероприятий у детей от рождения до достижения ими возраста трёх лет.

Младенческая смертность в Российской Федерации, достигла своего исторического минимума и, по данным Федеральной службы государственной статистики, составила 4,5 случая на 1000 родившихся живыми (снижение с 2018 по 2020 годы на 11,6 процента). Медицинские специалисты научились выхаживать младенцев с малой массой тела при рождении и экстремально малой массой тела, увеличив рост выживаемости наиболее незрелых новорожденных. Однако, с одной стороны улучшив демографические показатели, мы с другой стороны, получили возрастание количества детей с врождённой и приобретённой патологией, имеющих ограниченные возможности здоровья и требующих дополнительных физических, психологических, финансово-экономических и ресурсных затрат.

Учитывая вышеизложенное, встал вопрос об формировании ранней помощи детям и их семьям в Российской Федерации, об создании им комфортной и доброжелательной для жизни среды,

обеспечении доступности и качества дошкольного образования для детей-инвалидов, детей с ограничениями жизнедеятельности, не имеющих статуса ребенка-инвалида, детей из группы риска, включая детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также для детей, находящихся в социально опасном положении [1, 2]. Актуальность развития ранней помощи детям и их семьям в Российской Федерации отражена в Указах Президента Российской Федерации [3, 4]:

– Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (создание условий для раннего развития детей в возрасте до 3-х лет, реализация программы психолого-педагогической, методической и консультативной помощи родителям детей, получающих дошкольное образование в семье),

– Указ Президента Российской Федерации от 29.05.2017 г. №240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства».

На основании распоряжения Правительства Российской Федерации от 23.01.2021 №122-р утвержден план основных мероприятий, проводимых в рамках «Десятилетия детства», на период до 2027 г., в котором представлены мероприятия в разделе «Организация развития системы ранней помощи в регионах» Система ранней помо-

щи должна способствовать здоровьесбережению граждан Российской Федерации с детства, всестороннему развитию детей, благополучию семей с детьми, улучшению качества жизни детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов, а также повышению эффективности реализации мероприятий, проводимых в рамках «Десятилетия детства». По результатам реализации данных мероприятий ожидается, что к 2024 г. не менее чем в 65 субъектах Российской Федерации будут созданы и актуализированы программные документы по организации и развитию ранней помощи детям и их семьям, а к 2027 г. – во всех субъектах Российской Федерации [5, 6].

Цель. Дать обоснованные предложения по дальнейшему развитию ранней помощи детям и их семьям в Российской Федерации.

Материалы и методы исследования. Специалистами ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России проанализирован материал из 85 регионов Российской Федерации, оценены сведения федерального статистического наблюдения №1-РП «Сведения по ранней помощи детям целевой группы». Применены общенаучные методы (контент-анализ, аналитический, системно-структурный, сравнительный, статистический) и методологические приемы систематизации, сопоставления, обобщения, интерпретации с использованием стандартного пакета программ Excel-7,0 для IBM PC.

Объект исследования. Дети в возрасте от рождения до трех лет из целевой группы и их семьи, отнесённые к категории нуждающихся в услугах ранней помощи соответственно форме федерального статистического наблюдения №1-РП «Сведения по ранней помощи детям целевой группы», утвержденной приказом Росстата от 22.03.2019 №161.

Предмет исследования. Услуги ранней помощи, оказанные детям целевых групп и их семьям в субъектах Российской Федерации. Проведен анализ региональных систем ранней помощи и статистических показателей, характеризующих нуждаемость и полноту охвата услугами ранней помощи детей целевых групп и их семей в субъектах Российской Федерации по данным форм №1-РП [7], заполнение которых проводилось юридическими лицами субъектов Российской Федерации за период с 2019-2021 гг.

Результаты. Анализ данных проводился в разрезе Российской Федерации и субъектов Рос-

сийской Федерации за 2019-2021 годы.

По данным статистического наблюдения, на 31.12.2021 в Российской Федерации услуги ранней помощи предоставляют 6429 организации (включая региональные ресурсно-методические центры ранней помощи), что на 605 организаций (на 9,4%) больше по сравнению с 2020 г. (5824 организаций). В 2020 г. отмечалось на 716 организаций (на 12,3%) больше по сравнению с 2019 г. (5108 организаций).

Сохраняется неравномерное распределение организаций по субъектам Российской Федерации – от 1 до 478 организаций. В среднем по Российской Федерации в одном субъекте создано 75,6 организации, предоставляющих услуги ранней помощи (в 2020 г., соответственно, 68,5 организации, в 2019 г. – 60,1 организации), что отражает неравномерность их распространения.

Субъекты Российской Федерации учитывают все организации, которые включены в региональную систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Распределение организаций по основным сферам в 2021 г. показало следующее:

26,3% - в сфере здравоохранения (в 2020 г. – 28%, в 2019 г. – 26,5%),

57,7% - в сфере образования (в 2020 г. – 54,7%, в 2019 г. – 55,3%),

15,2% - в сфере социальной защиты населения (в 2020 г. – 16,4%, в 2019 г. – 16,8%),

0,7% - негосударственные организации (в 2020 г. – 0,7%, в 2019 г. – 0,8%).

Следует отметить, что в 2021 г. не были представлены государственные организации иной ведомственной принадлежности (в 2020 г. – 0,1%, в 2019 г. – 0,6%).

Наибольшее количество организаций, предоставляющих услуги ранней помощи детям и их семьям, создано и функционирует в сфере образования. На втором месте по частоте встречаемости зарегистрированы организации (структурные подразделения, службы, кабинеты ранней помощи), оказывающие раннюю помощь в сфере здравоохранения, которые в большей степени осуществляют деятельность по выявлению детей, потенциально нуждающихся в услугах ранней помощи. Третье место занимают организации в сфере социальной защиты населения.

По состоянию на 31.12.2021 в Российской Федерации функционирует 75 региональных ресурсно-методических центра ранней помощи (в 2020 г. – 72, в 2019 г. – 73), из них 12 – в здраво-

охранении, 27 – в образовании, 36 – в социальной защите населения (рис. 2). Региональные ресурсно-методические центры ранней помощи созданы в 53 субъектах Российской Федерации (в 2020 г. – в 51 субъекте, в 2019 г. – в 49 субъектах).

В 2021 г. центры были открыты в Архангельской области, Еврейской автономной области, Краснодарском крае, Мурманской области, Самарской области, Смоленской области, Тамбовской области, Челябинской области, Чеченской Республике. Наибольшее число региональных ресурсно-методических центров по ранней помощи создано в Чеченской Республике и Чувашской Республике по четыре, Иркутской области, Республике Татарстан и Свердловской области по три.

Численность детей, отнесенных к целевой группе, которые нуждаются в ранней помощи по всем субъектам Российской Федерации, составила 248108 человек. Доля детей, нуждающихся в услугах ранней помощи, составила 4% от общей численности детей в возрасте от рождения до достижения им возраста трёх лет в Российской Федерации. Доля детей, нуждающихся в услугах ранней помощи в субъектах Российской Федерации в 2021 г., отличается и варьирует от 0,3% до 23,4%.

По состоянию на 2021 год численность детей, нуждающихся в получении услуг ранней помощи, в расчете на 1 организацию в среднем по Российской Федерации составила 38,6 человек.

Доля детей, впервые выявленных в 2021 г., составила 39,5% от общего числа детей, отнесенных к целевой группе. Своевременное выявление детей, нуждающихся в ранней помощи и определение их потребности в услугах ранней помощи, являются обязательными мероприятиями для функционирования и развития региональной системы ранней помощи.

По данным мониторинга за 2021 г. распределение детей, отнесенных к целевой группе, по категориям представлено следующим образом: 15,9% – дети-инвалиды, 3,9% – дети с генетическими нарушениями и 80,2% – дети группы риска. Группу риска составили, в большей степени, дети с ограниченными возможностями здоровья – 80,3%, дети сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей – 9% и дети из семей, находящихся в социально-опасном положении – 10,7%.

Распределение детей целевой группы по возрасту в государственных организациях показало, что в организациях сферы здравоохранения наибольшее число детей получили услуги ранней помощи в возрасте до 1 года (50087 человек), к трем годам

их число снизилось до 41848 человек. Тогда как в организациях образования и социальной защиты идет постепенный рост числа детей от рождения до трех лет, получивших услуги ранней помощи, с 1802 до 21523 человек в образовательных организациях и с 4127 до 15175 человек в организациях социальной защиты.

Численность детей в негосударственных организациях по возрастному признаку распределились следующим образом: 148 чел. – дети в возрасте до одного года, 459 чел. – дети одного года, 863 чел. – дети двух лет, 1052 чел. – дети трех лет. В негосударственных организациях, как и в организациях сферы образования и социальной защиты, отмечается динамика роста численности детей от рождения до трех лет.

Численность детей целевой группы, родители которых отказались от получения услуг ранней помощи, в 2021 г. составила 1274 человека (в 2020 г. – 1890 чел., в 2019 г. – 1298 чел.). Отсутствие отказа зафиксировано в 41 субъекте Российской Федерации (в 2020 г. – в 37 субъектах).

По данным субъектов по состоянию на 31 декабря 2021 численность специалистов, оказывающих услуги ранней помощи составила 38 484 человека, что на 12,3% больше, чем в 2020 г. (34253 чел.), и на 16,6% больше, чем в 2019 г. (29372 чел.).

Доля специалистов, прошедших обучение по дополнительным профессиональным образовательным программам повышения квалификации, составила 22,5% в общей численности специалистов, предоставляющих услуги ранней помощи – практически без изменений по сравнению с 2020 г. (23%). В 2020 году наблюдалось увеличение на 5,7% по сравнению с 2019 г. (17,5%).

Таким образом, организации, оказывающие услуги ранней помощи, представлены во всех 85 субъектах Российской Федерации. По данным статистического наблюдения в период 2019-2021 гг. отмечает рост числа организаций, оказывающих услуги ранней помощи (увеличение на 21,4% по Российской Федерации), в субъектах (53) создаются региональные ресурсно-методические центры ранней помощи. Отмечается увеличение численности детей, отнесенных к целевой группе, численности детей, получивших услуги ранней помощи, увеличение доли специалистов оказывающих услуги ранней помощи и прошедших обучение по программам квалификации, а также уменьшение числа отказов семей от услуг ранней помощи.

Обсуждение. Формирование и развитие ин-

фраструктуры служб ранней помощи и повышение кадрового потенциала является необходимыми условиями для развития региональной системы ранней помощи детям и их семьям в Российской Федерации.

Создание и функционирование в субъекте Российской Федерации регионального ресурсно-методического центра ранней помощи позволяет решать задачи, связанные с развитием региональной системы ранней помощи: координации действий между исполнительными органами государственной власти и подведомственными им организациями различной ведомственной принадлежности, информационно-методического обеспечения ранней помощи, статистической и аналитической деятельности, подготовки (переподготовки, повышения квалификации) специалистов по ранней помощи. Наличие в субъекте Российской Федерации регионального ресурсно-методического центра ранней помощи влияет на качество предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям и, как следствие, на статистические показатели.

Отмечается необходимость методической поддержки деятельности региональных ресурсно-методических центров ранней помощи, а также разработки единых нормативных документов, определяющих основные задачи и функции центров. По мере развития сети региональных ресурсно-методических центров ранней помощи ожидается улучшение качества предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям в субъектах Российской Федерации.

Таким образом, результаты статистической формы №1РП позволяют оценить состояние и уровень развития ранней помощи детям и их семьям в субъектах Российской Федерации.

Выводы. Анализ развития инфраструктуры ранней помощи в Российской Федерации показал, что в целом в 2021 г. отмечается увеличение количества организаций, предоставляющих услуги ранней помощи, во всех основных сферах по сравнению с данными за 2020 и 2019 гг. Наибольшее количество организаций (структурные подразделения, службы, кабинеты ранней помощи), предоставляющих услуги ранней помощи, создано и функционирует в сфере образования. На втором и третьем месте по частоте встречаемости располагаются организации в сфере здравоохранения и сфере социальной защиты населения соответственно. Необходимо и дальше развивать сеть региональных ресурсно-методических центров ранней помощи, включая как их создание в тех субъектах

Российской Федерации, где они отсутствуют, так и методическую поддержку и сопровождение уже действующих центров. Снижение количества отказов семей от получения услуг ранней помощи свидетельствует о хорошей организации проведения мероприятий по оказанию качественных услуг ранней помощи в субъектах Российской Федерации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всеобщая декларация прав человека. Принята и провозглашена Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://docs.cntd.ru/document/1900204> (дата обращения: 21.03.2022).
2. Конвенция о правах ребенка. Одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://docs.cntd.ru/document/1900759> (дата обращения: 21.03.2022).
3. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 N 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». [Электронный ресурс]. URL: <https://docs.cntd.ru/document/557309575> (дата обращения: 15.08.2022).
4. Указ Президента Российской Федерации от 29.05.2017 N 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства» [Электронный ресурс]. URL: <https://docs.cntd.ru/document/436736355> (дата обращения: 15.08.2022).
5. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23.01.2021 №122-р «Об утверждении плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 года» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_375249/ (дата обращения: 15.08.2022).
6. Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 г. №3711-р [Электронный ресурс]. URL: <https://docs.cntd.ru/document/727686316> (дата обращения: 15.08.2022).
7. Приказ Росстата от 22 марта 2019 г. №161 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организации Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации федерального статистического наблюдения о сведениях по ранней помощи детям целевой группы» [Электронный ресурс]. URL: <https://docs.cntd.ru/document/553941366> (дата обращения: 15.08.2022).

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

ГУ НИИ «Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Кафедра общей хирургии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистан»

Актуальность. В последние годы отмечается рост числа химических ожогов пищевода у детей. Число их постоянно растет в связи с увеличивающимся применением в быту различных агрессивных веществ в ярких упаковках, которые привлекают внимание ребенка и являясь их легкодоступностью в каждой семье. Химические ожоги занимают первое место среди заболеваний пищевода в детском возрасте. Следует отметить, что максимальное количество отравлений (от 77,2% до 85,0%) приходится на возраст от 1 года до 3 лет. При этом высоким остается процент развития осложнений в виде послеожоговых рубцовых стенозов пищевода (ПРСП) у детей в 4- 30% всех случаев [1, 3].

На сегодняшний день существуют два основных направления в лечении больных с послеожоговой рубцовой стриктурой пищевода: малоинвазивные вмешательства (бужирование, стентирование, баллонная дилатация). Общепризнанным и надежным методом консервативного лечения ПРСП считается бужирование в различных модификациях. Сроки рекомендуемого начала бужирования пищевода в литературе варьируют от 2 суток до 1,5 мес. и по сей день остаются спорными, а эффективность профилактического или раннего бужирования разными авторами оценивается неоднозначно [2, 4]. Одни авторы считают, что методика малоинвазивных манипуляций целесообразна с 30-х суток с момента получения травмы, опираясь при этом на морфологические данные. Вмешательство в ранние сроки (до 2 недель) увеличивает вероятность возникновения осложнений в виде кровотечения и перфорации пищевода, активизирует воспаление и нарушает процесс заживления в поврежденной стенке органа, что приводит к формированию грубой рубцовой деформации тканей. С другой стороны, малоинвазивные манипуляции в поздние сроки (40–60-е сутки), применяющиеся при сформированной ПРСП, часто приводят к непрерывным рецидивам [5, 6].

В связи с широким развитием эндоскопии в последнее время значительно улучшилась диагностика степени поражения ожогов пищевода и же-

лудка, что позволяет прогнозировать дальнейшее развитие процесса рубцевания. Однако, несмотря на успехи, рано говорить о том, что это направление изучено досконально, и тем самым сложной задачей остается лечение рубцовых стенозов, как следствие химических ожогов пищевода.

Цель исследования: улучшения результатов лечения и реабилитации детей с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода.

Материал и методы исследования. В работе представлен анализ наблюдения и лечения 164 детей с ожогами пищевода II-III степени, лечившихся в ГУ Медицинском комплексе «Истиклол». Всем пациентам было проведено комплексное клинικο-диагностическое обследование, которое включало в себя: изучение жалоб, анамнеза заболевания, объективный осмотр, лабораторные данные, эндоскопическое исследование.

Возраст пострадавших варьировал от 1 месяца до 14 лет, причем средний возраст пострадавших составил 3 года 8 месяцев. Мальчиков было – 97 (59,1%), девочек – 67 (40,8%). Больше всего преобладали городские жители 82,3%.

Все диагностические и лечебные мероприятия проводили под общим обезболиванием. Для оценки наличия и характера поражения стенки пищевода выполняли эзофагоскопию, используя ультратонкий эзофагогастродуоденоскоп Karl Storz - 5 мм (Германия) с торцевой оптикой. Оценивали степень сужения просвета пищевода, наличие супрастенотического расширения, состояние верхнего сегмента пищевода и протяженность стриктуры. Бужирование пациентам со стенозом пищевода осуществляли при помощи полых бужей Savary Gilliard, выпускаемые фирмой «Cook» (США).

Результаты исследования и их обсуждение. В зависимости от тяжести состояния дети были госпитализированы в реанимационное и хирургическое отделения. После проведения ФЭГДС в первые сутки ожог 1-й степени был выявлен у 68 детей (41,4%) при эндоскопических признаках катарального эзофагита. У 52 детей (31,7%) с проявлениями фибринозного эзофагита был установлен химический ожог пищевода 2–3-й степени. Как

известно исходом ожога II и III степени являются формирование органического стеноза или полная рубцовая непроходимость, которая по нашим наблюдениям встречалась у 38 (23,1%) детей.

Наиболее частой причиной ожога пищевода явилась: уксусная эссенция - 92 (56%) и щелочь (моющие средства «Казан») у - 28 (17%) детей. Это связано с частым применением ее в быту. По протяженности и тяжести ожога, наблюдавшиеся больные распределялись на четыре группы: с ожогами полости рта и в/з пищевода - 65 (34,8%); с ожогами слизистой пищевода на всем протяжении - 81 (44%); с ожогами пищевода и желудка - 18 (9,7%).

Сужение пищевода в верхней трети обнаружено у 7 (18,4%), средней трети - у 17 (44,7%), нижней трети - у 14 (36,8%) детей. В том числе у 4-х детей (10,7%) обнаружено многоуровневый рубцовый стеноз.

На сегодняшний день бужирование по струне-проводнику является «золотым стандартом» лечения рубцовых стриктур пищевода. Струну-проводник через эзофагоскоп проводят в суженный отдел пищевода и далее в желудок, после чего эзофагоскоп извлекают и на струну насаживают буж. Затем, придерживая конец струны в натянутом положении, буж продвигают за сужение и оставляют в пищеводе на 1-3 минуты, после чего его извлекают вместе со струной. При отсутствии риска развития осложнений бужирование повторяли через каждые 3 дня.

Следует отметить, что эффективность бужирования рубцовой стриктуры пищевода зависит от типа и диаметра стриктуры. Так, при ригидной каллезной стриктуре эффективность бужирования была равна 24,3%, воронкообразной - 76,6%, с формирующейся - 78,8%. В тоже время при наличии эзофагита II-III степени и узких (менее 3 мм) стриктурах каллезного типа бужирование пищевода малоперспективно. Мы применяем пищеводные бужи Savary Gilliard, выпускаемые фирмой «Cook» (США). В отличие от отечественных бужей в данный комплект входят бужи большого диаметра - от 5 мм до 7-9 мм с шагом в 2 мм. Кроме того, эти бужи имеют более длинный конусовидный конец, за счет чего достигается равномерное увеличение диаметра бужа, а состав материала, из которого они изготовлены, позволяет бужам сохранять гибкость и эластичность даже при большом размере, не требуя разогревания в горячей воде. Благодаря своей эластичности эти бужи достаточно легко

проводятся через глотку, не вызывая существенного дискомфорта у пациентов.

Приводим клинический пример. Ребенок Д. в возрасте 2 года 8 мес. Случайно дома увидев яркую бутылочку, приняв её за кока-колу, в итоге проглотил моющее химическое средства «Казан», предназначенного для чистки казанов. В тот же день ребенок госпитализирован в отделение реанимации детской хирургии. Проводилась инфузионная детоксикационная и симптоматическая терапия. Результаты фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) от 25.05.22: пищевод свободно проходим, просвет несколько сужен в средней трети, эластичность стенки снижена, слизистая отечна, изъязвленная, контактно кровоточит. Определяются множественные эрозии на всем протяжении, Z-линия нечеткая. Нижний пищеводный сфинктер сомкнут. Желудок воздухом расправляется, просвет нормальный, стенка эластичная, перистальтика нормальная во всех отделах. Привратник симметричный, округлый, проходим.

Заключение: химический ожог слизистой оболочки пищевода II—III степени, желудка — I степени. Картина эрозивного гастродуоденита. От дальнейшего лечения мать отказалась и 26.05.22 с ребенком ушла из больницы.

Спустя две недели ребенок повторно госпитализирован. При ФГДС от 10.06.22 выявлено: пищевод непроходим для эндоскопа 5 мм, просвет сужается на расстоянии 12 см от зубов. Стенки умеренно ригидные, слизистая белесоватая, тузсклая, ранимая.

Заключение: стеноз пищевода III степени. Состояние после химического ожога. При контрастировании протяженностью составляет 2 мм на уровне Th1 и до 4—5 мм на уровне Th2—Th4 с умеренно выраженным супрастенотическим расширением. Выполнено ранее бужирование под контролем ультратонкого эзофагоскопа. Повторно через 3 дня выполнено повторное бужирование пищевода, после которой просвет пищевода увеличился до 5 мм. С улучшением состояния ребенок был выписан домой, даны рекомендации о симптоматическом медикаментозном лечении.

Для раннего выявления и своевременного лечения таких осложнений, как стриктура пищевода, рекомендуется регулярное наблюдение, частота амбулаторных посещений и лучший способ это клиническое обследование и эндоскопия пищевода для последующего наблюдения. Поэтому эндоскопия пищевода является основным методом диагно-

стики стриктур пищевода у пациентов, перенесших химический ожог пищевода.

Выводы.

1. Следствием химического ожога пищевода у детей являются тяжелые деформации и стриктуры пищевода, которая нуждается в сложном длительном лечении, многократном применении бужирования пищевода под контролем ультратонкого эндоскопа с анестезиологическим обеспечением в условиях стационара.

2. Медицинскую реабилитацию пациентам после с химическими ожогами пищевода 2-3 степени рекомендуется начинать максимально рано и проводить одновременно с лечением.

3. На эффективность и сроки физической реабилитации влияет вид химического вещества, состава и ее концентрация, степень и распространенность поражения, а также своевременность и полнота оказания неотложной медицинской помощи, непрерывности последующего планового лечения.

4. Выбор метода лечения ребенка с послеожоговой стриктурой пищевода должен быть обоснованным, необходимо включать поэтапное использование щадящих методик, направленных на увеличение просвета пищевода и восстановление его функции, а при отсутствии перспектив излечения — своевременно ставить вопрос о реконструктивно-пластической операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев С.И., Янов Ю.К., Баиров В.Г., Цурикова Г.П. Химические ожоги пищевода у детей / Руководство для врачей. - СПб: ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздравсоцразвития России, 2012. - 112 с.
2. Бочарников Е.С. Оказание медицинской помощи детям с химическими ожогами пищевода и их последствиями / Е.С. Бочарников, В.И. Пономарев, В.И. Шевчук, О.В. Романчук // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2011. - №1. - С. 48-50.
3. Булынин, В. В. Тактика профилактики и лечения рубцовых стриктур в комплексе оказания помощи больным с ожогами пищевода / В. В. Булынин, Ю. А. Пархисенко, А. В. Сертаков, В. В. Смольянов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2012. - №1. - С. 16-20.
4. Воскресенская М.Л., Плеханов А.Н. Результаты лечения химических ожогов и постожоговых рубцовых стриктур пищевода (обзор литературы) / М.Л. Воскресенская, А.Н. Плеханов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2015, №5(105) С.107-112.
5. Годжелло Э.А. Современная концепция эндоскопического лечения рубцовых стриктур пищевода и пищеводных анастомозов / Ю.И. Галлингер, М.В. Хрусталева, Е.В. Евдокимова, Ю.А. Ходаковская // Хирургия. - 2013. - №2. - С. 97-104.
6. Baranyi, A. Posttraumatic stress symptoms after solid-organ transplantation: preoperative risk factors and the impact on health-related quality of life and life satisfaction / A. Baranyi, T. Krauseneck, H. B. Rothenhausler // Health Qual Life Outcomes. - 2013. - №11. - P. 111.

¹Раджабзода С.Р., ²Джонова Б.Ю., ³Дустов Дж.Х., ⁴Хабибова Ш.А.,

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПА К КАЧЕСТВЕННЫМ УСЛУГАМ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 НА УРОВНЕ СЕТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПМСП

¹*Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино;*

²*Государственное учреждение «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»;*

³*ГОО «Вахдатский медицинский колледж»;*

⁴*ГУ ГЦЗ №2 Управления здравоохранения г. Душанбе. Таджикистан*

Актуальность. Согласно оценкам ВОЗ, проблема инвалидности затрагивает более 1 млрд человек. Это примерно 15% населения мира, причем до 190 млн (3,8%) людей в возрасте 15 лет и старше испытывают значительные функциональные ограничения, нередко нуждаясь в медицинских

услугах. Число людей с инвалидностью растет в связи увеличением бремени хронических заболеваний и старением населения. Инвалидность имеет непосредственное отношение к правам человека, поскольку люди с инвалидностью в силу их состояния сталкиваются с многочисленными

нарушениями своих прав, в том числе с актами насилия, неправомерным обращением, предвзятым и неуважительным отношением; это нередко сопровождается другими формами дискриминации, в частности по признаку возраста и гендерной принадлежности. Кроме того, люди с инвалидностью сталкиваются с различными препятствиями, стигматизацией и дискриминацией при обращении за медицинской помощью и связанными с ней услугами и системными видами поддержки. Формы инвалидности могут быть самыми разными. Некоторые из вызывающих инвалидность нарушений здоровья ухудшают состояние человека и требуют постоянного внимания со стороны медицинских специалистов, в то время как другие нарушения не приводят к этому. Вместе с тем все люди с инвалидностью имеют такие же общие медико-санитарные потребности, как и остальные люди, и поэтому нуждаются в доступе к основным услугам здравоохранения. Статья 25 Конвенции ООН о правах инвалидов подтверждает право инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации. Однако реальность такова, что лишь немногие страны обеспечивают людей с инвалидностью надлежащими и качественными услугами.

Однако при попытках получить доступ к медицинской помощи люди с инвалидностью сталкиваются с самими различными препятствиями, в том числе с препятствиями, *вызванными отношением окружающих*. Так люди с инвалидностью часто жалуются на предвзятое отношение, стигматизацию и дискриминацию со стороны медицинских работников и других сотрудников учреждений здравоохранения. Многие медицинские работники недостаточно знают и понимают права людей с инвалидностью и их медико-санитарные потребности, а также не имеют надлежащей подготовки по вопросам инвалидности и не повышают свою квалификацию в этой области.

Во многих учреждениях здравоохранения не установлены правила, позволяющие учитывать потребности людей с инвалидностью. Такие правила могут предусматривать увеличение норм продолжительности приема у врача для людей с инвалидностью, более гибкий график приемов, выездное оказание помощи и меры по сокращению расходов пациентов. Женщины с инвалидностью сталкиваются со специфическими препятствиями для получения услуг и информации в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Медицинские работники зачастую необоснованно

считают, что женщины с инвалидностью не вступают в сексуальные отношения или не способны выполнять материнские обязанности. Людям с инвалидностью редко предлагается высказывать свои мнения и участвовать в принятии решений по вопросам медицинского обслуживания данной категории населения.

Кроме того, в реальной жизни лица с инвалидностью сталкиваются с *физическими препятствиями* при получении медицинских услуг. Медицинские учреждения и места оказания помощи нередко удалены от мест проживания основной массы населения или расположены в районах, в которые невозможно добраться приспособленным для людей с инвалидностью транспортом. У людей с инвалидностью не имеется возможности посещать здания и учреждения со ступенями на входе и пользоваться услугами, если они оказываются на этажах, на которые невозможно подняться на лифте. Туалеты, проходы, дверные проемы зачастую не приспособлены для нужд колясочников или ограничивают возможность передвижения людей с двигательными нарушениями. Людям с инвалидностью может быть трудно пользоваться мебелью с нерегулируемой высотой, в том числе койками и креслами для медицинского осмотра. Помещения медицинских учреждений и других мест оказания помощи нередко плохо освещены, не оснащены четкими информационными указателями или имеют сложную планировку, затрудняющую передвижение людей.

При получении медицинских услуг лица с инвалидностью также сталкиваются с *препятствиями для коммуникации*. Основным препятствием к медицинской помощи для людей с нарушениями слуха является ограниченная доступность письменных материалов или услуг сурдопереводчиков в учреждениях здравоохранения. Письменная информация для пациентов и рецепты не всегда оформляются доступным образом, например с использованием шрифта Брайля или крупного шрифта, что создает неудобства для людей с нарушениями зрения. Информация для пациентов нередко формулируется сложно и страдает обилием профессиональных терминов. Представляя медико-санитарную информацию в простом для понимания формате, в том числе понятным языком с использованием иллюстраций и других наглядных элементов, можно упростить ее понимание людьми с когнитивными нарушениями.

Более половины всех людей с инвалидностью в странах с низким уровнем дохода сталкиваются с

финансовыми барьерами и не в состоянии оплачивать надлежащую медицинскую помощь. Многие люди с инвалидностью также жалуются на невозможность оплачивать поездки в медицинские учреждения и приобретать лекарственные средства, не говоря уже об оплате приемов у медицинских специалистов.

Учет проблемы инвалидности является непременным условием обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения без финансовых трудностей, поскольку люди с инвалидностью в три раза чаще получают отказ в медицинской помощи; в четыре раза чаще встречаются ненадлежащее обращение в учреждениях системы здравоохранения; на 50% чаще сталкиваются с катастрофическими расходами на медицинскую помощь.

Исследования показывают, что в большинстве стран люди, с ограниченными возможностями испытывали определенные трудности в получении качественных услуг сексуального и репродуктивного здоровья, что стало особенно явным в период пандемии COVID-19. При технической поддержке Представительства Фонда народонаселения ООН в Таджикистане (ЮНФПА) и благодаря совместной деятельности и межсекторальной работе между Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Национального объединения инвалидов (г. Душанбе), Общества инвалидов (г. Худжанд), Центр репродуктивного здоровья (г. Куляб), НПО «Дилафруз» (г. Бохтар) и Хукумата района Рудаки, Общественной организации «Гендер и развитие» были организованы пять медицинских комнат, оснащенных основными предметами медицинского назначения, включая средства индивидуальной защиты, для предоставления качественных и безопасных услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью для людей, с ограниченными возможностями.

Цель исследования. Оценить деятельность медицинских кабинетов созданных в 2020 г. для предоставления услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью для людей, с ограниченными возможностями.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели проведено посещение комнат, собеседование с пользователями и поставщиками услуг данных комнат.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование показало, что со стороны ведущих специалистов страны, разработаны «Стандартные операционные процедуры по репродуктивному здоровью для людей с ограниченными возмож-

ностями», по которым были обучены специалисты акушеры-гинекологи. Обучающие семинары были проведены в 2020 и 2021 году со стороны национальных тренеров. Особенности данных обучающих сессий было участие людей, с ограниченными возможностями (ЛОВ), на семинаре-совместно с медицинскими специалистами. ЛОВ поделились своим опытом обращения со службами охраны материнства и детства (родильными домами, центрами репродуктивного здоровья, центрами здоровья (районными, городскими, сельскими)).

Анализ показал, что всего за четыре месяца после создания данных кабинетов (с 1 сентября по 31 декабря 2020 года) в период пандемии COVID-19, медицинские услуги по сексуальному и репродуктивному здоровью (СРЗ) в целом были предоставлены 595 людям, с ограниченными возможностями (табл. 1).

Таблица 1.

Количество предоставленных услуг по СРЗ на базе вновь созданных кабинетов для ЛОВ

№	Город	Число об- ратив- шихся жен- щин	Количе- ство ЛОВ, получив- ших кон- сультацию по СРЗ	Количество случаев предоставления услуг по контра- цепции
1	Душанбе	134 че- ловек	134 чело- век	26
2	Худжанд	123 че- ловек	123 чело- век	32
3	Куляб	103 че- ловек	103 чело- век	11
4	Бохтар	127 че- ловек	127 чело- век	22
5	Рудаки	108 че- ловек	108 чело- век	28
	Итого:	595	595	119

Следует отметить, что в данную статистику посещений включены только случаи первичного обращения, когда были проведены первичный осмотр, консультирование, направление и сопровождение на диагностику (УЗИ, кольпоскопию). Большинство женщин обращаются повторно, в том числе для назначения лечения, после проведенной диагностики, для ведения беременности, повторного осмотра и консультирования. У некоторых пациенток выявлены онкологические заболевания на ранних стадиях, оказана существенная поддерж-

ка ЛОВ не имеющим возможности передвижения.

Анализ показал, что основными проблемами, с которыми обращались ЛОВ в данные кабинеты к специалистам, явились воспалительные заболевания женских половых органов (сальпингоофориты, эндометриты и др.), миома матки, нарушения менструального цикла, патологические процессы в шейке матки, беременность, урологические проблемы и др.

Благодаря поддержке Представительства Фонда народонаселения ООН для оформления отчетной документации по консультированию, направлению и выдаче контрацепции были распечатаны журналы регистрации, рецептурные бланки, бланки перенаправления и др., также были разработаны буклеты с содержательной информацией о COVID-19, базовых услугах репродуктивного здоровья и планирования семьи и контактной информацией созданных медицинских кабинетов.

На данный момент действующие медицинские кабинеты по предоставлению услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья для людей, с ограниченными возможностями, оказанию базовых услуг по репродуктивному здоровью и планированию семьи расположены при следующих организациях и адресам:

1. г. Душанбе, Роддом многопрофильного Государственного учреждения Медицинского комплекса «Истиклол»;

2. г. Худжанд, Городском центре здоровья №1;

3. г. Куляб, Областной центр репродуктивного здоровья;

4. г. Бохтар, НПО «Дилафруз»;

5. р-н Рудаки, г. Сомониён, Центр здоровья.

Проведенный анализ показал, что в г. Худжанде медицинский кабинет находится в отдаленности от медицинских государственных учреждений, куда перенаправляются ЛОВ для прохождения диагностики, несмотря на то, что Обществом инвалидов Согдийской области выделено отремонтированное, просторное помещение, в связи, с чем возникают трудности в более широком охвате ЛОВ. В районе Рудаки в Районном центре здоровья медицинский кабинет небольшой (тесный) по своим размерам, что создает барьеры и неудобства

для ЛОВ-колясочников у которых возникают трудности с передвижением.

Проведя анализ деятельности вновь созданных кабинетов, специалисты пришли к выводу, что наиболее рационально будет размещать их в самих центрах репродуктивного здоровья, интегрировать медицинские кабинеты для ЛОВ в государственные медицинские учреждения для получения максимального результата по более широкому охвату, дальнейшей устойчивости, а также во избежание стигмы и дискриминации в отношении ЛОВ.

Выводы. Отметив положительный опыт деятельности данных кабинетов для ЛОВ Министерство здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан при поддержке ЮНФПА в 2021 году открывает ещё 5 кабинетов в различных регионах страны: в г. Истаравшане при Городском центре здоровья, в г. Худжанде на базе Городского центра здоровья №5, в г. Хороге на базе Городского центра здоровья, в г. Бохтаре – Областном центре репродуктивного здоровья и в НЦРЗ (г. Душанбе). С целью дальнейшего обеспечения доступа к качественным услугам сексуального и репродуктивного здоровья для людей, с ограниченными возможностями на уровне сети учреждений ПМСП, следует непрерывно повышать потенциал медицинских специалистов ПМСП/ЦРЗ по предоставлению услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью людям, с ограниченными возможностями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инвалидность и здоровье. ВОЗ. 2021. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

2. Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы. Постановлением Правительства Республики Таджикистан №455 от 28 октября 2016 года. 136 с.

3. Конвенции ООН о правах инвалидов. 2006 г.

4. Определение и классификация ограничений жизнедеятельности и здоровья. <https://www.unicef.org/eca/sites>

5. Инвалиды – развитие и права человека для всех. <https://www.un.org>

СВЕДЕНИЯ О СОСТОЯНИИ ПИТАНИЯ КОРРЕКЦИЯ ЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА ШКОЛЬНИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАНА

¹ГУ «Научно-исследовательский институт профилактической медицины Таджикистана» МЗ и СЗН РТ

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

Актуальность. В ходе проведения медико-демографического исследования 2017 года были собраны данные о состоянии питания детей путем сравнения показателей роста и веса с международными эталонными стандартами [5]. По данным исследования 2017 года, 18% детей в возрасте до 5 лет являются низкорослыми, то есть низкими для своего возраста; у 5% наблюдается тяжелая форма задержки роста, что свидетельствует о хроническом нарушении питания.

Кроме того, 8% таджикских детей имеют недостаточную массу тела, то есть являются слишком худыми для своего возраста. Три процента таджикских детей имеют избыточный вес или страдают ожирением [5]. Медико-демографическое исследование, проведенное в 2017 году, показало, что проблема микронутриентной недостаточности широко распространена в Таджикистане.

Цель исследования: улучшения качества жизни, физического и психического развития, успеваемости и укрепления здоровья детей путем снижения алиментарно-зависимых состояний и заболеваний.

Материалы и методы исследования. В ходе выполнения работы было проведено обследование 588 детей (301 девочек и 287 мальчиков), проживающих на территории Республики Таджикистан. В соответствии от региона проживания дети были разделены на 2 группы: 1 группу составили дети из Айнинского и Пенджикентского района n=283 (48,1%), 2 группу составили дети из г.Нурек n=305 (51,9%).

Все обследованные были учениками 1-4 классов средних общеобразовательных учреждений возрастом от 7 до 10 лет. Исследование включало сбор антропометрических данных школьников и исследование образцов волос на содержание макро- и микроэлементов. В рамках второго блока работы проведен анализ школьных меню-раскладок и усредненных рационов питания, а также исследование 177 образцов продуктов и 26 образцов воды на содержание макро- и микроэлементов.

Медицинскими работниками школ проведено определение антропометрических характеристик

данных учащихся 1-4 классов: рост, вес; рассчитан индекс массы тела (ИМТ) по формуле: $ИМТ = m/h^2$, где m — масса тела в килограммах; h — рост в метрах.

Выполнение анализа биологических образцов.

В предоставленных образцах волос проводилось определение содержания Al, As, B, Be, Ca, Cd, Co, Cr, Cu, Fe, Hg, I, K, Li, Mg, Mn, Na, Ni, P, Pb, Se, Si, Sn, V, Zn. Определение проводилось методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной аргонной плазмой.

Образцы подвергались пробоподготовке согласно методическим рекомендациям «Методика определения микроэлементов в диагностируемых биосубстратах методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой (ИСП-МС)», утверждены ФЦГСЭН 26.03.2003, а также МУК 4.1.1482-03, МУК 4.1.1483-03 «Определение химических элементов в биологических средах и препаратах методами атомно-эмиссионной спектрометрии с индуктивно связанной плазмой и масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой», утвержденным МЗ РФ в 2003 г.

В работе использовано нормирование содержания химических элементов в биосубстратах, основанное на определении биологически допустимого уровня (БДУ) согласно методическим рекомендациям «Скрининговые методы для выявления групп повышенного риска среди рабочих, контактирующих с токсичными химическими элементами» [Любченко и др., 1988], а также условного биологически допустимого уровня (УБДУ) [Скальный и др., 2009]. УБДУ представляют собой эмпирически установленные на основании многолетних клинических наблюдений уровни содержания химических элементов в волосах, при которых отмечаются специфические изменения в состоянии здоровья, заболеваемости людей. Практически условный биологически допустимый уровень (УБДУ) соответствует верхнему или нижнему нормативу физиологического содержания элемента.

Результаты исследования и их обсуждение.

Одними из основных показателей при оценке пищевого статуса детей являются антропометриче-

Таблица 1

**Сравнение антропометрических показателей девочек, учащихся в разных регионах,
по типам школ**

Параметр	I тип школ		p	II тип школ		p	III тип школ		p
	Регион I	Регион II		Регион I	Регион II		Регион I	Регион II	
Вес (кг)	24,5	27	+	25,5	27		28	27	
Рост (см)	129	133	+	131	132		133	132	
ИМТ	15	15,2		15,1	15,4		15,6	15,2	

Примечание: Указаны значения медиан. Отличие помечено как достоверное при $p < 0,05$.

Таблица 2.

**Сравнение антропометрических показателей мальчиков, учащихся в разных регионах,
по типам школ**

Параметр	I тип школ		p	II тип школ		p	III тип школ		p
	Регион I	Регион II		Регион I	Регион II		Регион I	Регион II	
Вес (кг)	24	27	+	27	28		27	27	
Рост (см)	127	132	+	131	133		128	132	+
ИМТ	15	15,3		15,8	16		15,8	15,3	

Примечание: Указаны значения медиан. Отличие помечено как достоверное при $p < 0,05$.

ские параметры. Известно, что для Таджикистана характерны распространенность низкорослости у детей (16 и 19% в Согдийской и Хатлонской областях – там находятся обследуемые регионы 1 и 2, соответственно) и низкий индекс массы тела у детей [5]. Полученные антропометрические данные обследованных школьников и результаты их сопоставления в разных регионах и типах школ.

Согласно данным нашего исследования в регионе 1 девочки, посещающие школы I типа, достоверно ниже сверстников из школ II и, особенно, III типов питания. У них также ниже вес, а по сравнению со школами III типа - и индекс массы тела (ИМТ). В регионе 2 достоверных различий в антропометрических параметрах не обнаружено. У мальчиков в регионе 1 достоверно лучше показатели роста, веса и ИМТ только в школах II типа по сравнению с I типом. В регионе 2 также лучше антропометрические показатели у мальчиков из школ II типа (больше вес и ИМТ), ИМТ выше и у детей из школ II типа по сравнению со школами III типа.

В целом у девочек из региона 2 больше вес, а у мальчиков из этого региона – рост по сравнению с детьми из региона 1. В табл. 12 также показано, что есть достоверная разница между ростом и весом у девочек из региона 1 по отношению к региону 2 (более низкие показатели), но только у школьников, посещающих школы I типа (без фортификации рационов). У мальчиков отмечена та же закономерность, но у них также выше рост в

школах с III типом питания региона 2.

Среднее значение ИМТ в школах I типа у детей обоего пола составляет 15,0, тогда как в школах II и III типа у мальчиков – 15,8, а у девочек – 15,1 и 15,6 соответственно. В регионе 2 (Нурекский район) ситуация более ровная. Здесь учащиеся I и III типа школ имеют сходные антропометрические показатели, однако, более низкие, чем в школах II типа (ИМТ 15,2–15,3 против 15,4–16,0). В целом, можно сделать вывод о достоверно лучшем пищевом статусе у детей, получающих обогащенные рационы питания в школе, причем у девочек лучше антропометрические показатели в школах III типа, а у мальчиков - в школах II типа. Данный факт может быть обусловлен различиями в микронутриентной обеспеченности рационов при этих двух типах питания. Известно, что девочки и мальчики из-за зависимости обменных процессов от уровня половых гормонов и различий в начале пубертата могут по-разному реагировать на определенные элементы - микронутриенты. Так, девочки более чувствительны к дефициту меди, а мальчики - цинка, например.

Таким образом: У детей, посещающих школы, не участвующие в программе ВПП ООН, выявлены самые значительные дефициты микронутриентов в волосах; показано, что этот факт обусловлен низким содержанием микронутриентов и белка животного происхождения, а также избыточным потреблением соли в обычных рационах питания, нарушением обмена кальция и фосфора.

– Дети из школ, участвующих в пилотном проекте (программа ВПП ООН + организованное горячее питание), по обеспеченности микро-нутриентами, показателям роста, веса и индекса массы тела выглядят лучше; у них менее выражен дефицит кобальта, железа, селена, меньше тяжелых металлов в волосах.

– У детей, посещающих школы-участницы пилотной программы, получены наиболее хорошие результаты, т.е. улучшенное питание ведет к увеличению роста, веса, индекса массы тела, снижению дефицитов жизненно важных и избытков токсичных химических элементов.

Выводы: Различия в элементном составе волос у детей из обследованных регионов Республики Таджикистан существенны. Это означает, что требуются предварительные исследования элементного статуса перед разработкой мероприятий по фортификации рационов питания в основных регионах страны, которая должна основываться на углубленном изучении региональных биогеохимических факторов и эколого-физиологических, пищевых особенностей местного детского населения. Путем целенаправленной оптимизации мероприятий по обогащению микронутриентами

рационов питания можно добиться более значимых результатов по улучшению элементного и пищевого статусов детского населения и его оздоровления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурцева Т. И. Особенности питания и элементный состав волос часто болеющих подростков-учащихся колледжей ОГУ / Т.И. Бурцева //Вестник Оренбургского государственного университета. – 2005г. – №. 11. – С. 50-53.
2. Детков В.Ю. Дефицит кобальта у детей с низким уровнем функциональных резервов / В.Ю. Детков [и др.]//Технологии живых систем. – 2013. – Т.10. – №7 – С. 22-28.
3. Скальный А. В. и др. Химические элементы в гигиене и медицине окружающей среды. – 2019.
4. Устинова О. Ю. Особенности формирования дефицита витаминов у детей дошкольного возраста, подвергающихся хроническому воздействию химических факторов риска среды обитания / О. Ю. Устинова, А. М. Ямбулатов, Н. В. Никифорова //Гигиена и санитария. – 2018. – Т. 97. – №. 1. – С. 70-75.
5. Statistical Agency under the President of the Republic of Tajikistan (SA), Ministry of Health [Tajikistan], and ICF International. Tajikistan demographic and health survey 2017 – 2018.

Холмуродова С.Р., Азимова С.А., Дусаева О.М., Подшоева Ш.К., Назарова Ф.Ш.

ЧАСТОТА И ВИДЫ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Отделение репродуктивного здоровья ГЦЗ №15 г. Душанбе

Актуальность. Экстрагенитальная патология представляет собой объединенную группу различного рода болезней, обостряющихся или развивающихся у женщин в период беременности. В эту группу не входят гинекологические заболевания и всевозможные акушерские осложнения беременности.

Знание особенностей течения беременности и родов при различных заболеваниях, тщательное совместное наблюдение акушером-гинекологом и смежным специалистом, своевременное предупреждение осложнений беременности и родов позволит свести до минимума неблагоприятные исходы для матери и плода.

На сегодняшний день по данным литературы только около 40% беременностей проходит без каких-либо осложнений. Экстрагенитальная патология как правило дает такие осложнения бе-

ременности как угроза прерывания беременности и гестозы.

Первичной экстрагенитальной патологией является не связанная с беременностью патология, которая делится на хроническую, существовавшую до наступления беременности, и острую, впервые возникшую во время беременности. Хроническая экстрагенитальная патология представлена множеством заболеваний, среди которых наибольшее значение в акушерстве имеют сердечно-сосудистые, бронхолегочные, печени, почек, эндокринные и др. К острой экстрагенитальной патологии относятся инфекционные заболевания, пневмония, хирургические болезни, гемобластозы.

Особую группу составляет вторичная экстрагенитальная патология, которая включает состояния, этиологически связанные с беременностью и, как правило, проходящие по ее окончании. Наиболее

частые и наиболее значимые виды вторичной экстрагенитальной патологии: анемия беременных, гестационная гипертензия, гестационный диабет, гестационный пиелонефрит, тромбоцитопения беременных, холестатический гепатоз беременных (акушерский холестаз), острая жировая дистрофия печени, перипартальная кардиомиопатия, несахарный диабет беременных, гестационный гипертиреоз, глюкозурия беременных.

По данным литературы экстрагенитальная патология диагностируется у 15-20% беременных. В структуре материнской смертности в Республике Таджикистан за последние годы экстрагенитальные заболевания продолжают занимать одно из лидирующих мест.

Цель исследования: провести анализ частоты и структуры экстрагенитальных заболеваний у беременных женщин, находившихся на дорожном наблюдении в 2021 году.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ частоты и структуры экстрагенитальной патологии у наблюдавшихся беременных женщин в Отделении репродуктивного здоровья ГЦЗ №15 г. Душанбе за 2021 годы. В качестве первичного материала использованы «Индивидуальные карты беременных и родильниц» за 2021.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты изучения и анализа первичной медицинской документации показали, что в 2021 г. количество беременных, состоящих на дорожном наблюдении имеющих экстрагенитальные заболевания составили 49,4% (455 человек).

Анализ «Индивидуальных карт беременных и родильниц» за 2021 г. выявил, что у всех беременных, находящихся на дорожном наблюдении (920 женщин) были оценены общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, уровень гемоглобина, общий анализ мочи, наличие протеинурии, бессимптомной бактериурии, в том числе у 77 женщин (8,3%) случаев выявлена бессимптомная бактериурия и проведено лечение согласно стандарту. По показаниям, у 11 женщин (1,1%) проведен анализ кала. По показаниям 785 женщин прошли бактериологическое исследование (85,3%).

УЗИ скрининг в сроке 18-20 недель беременности прошли 100% женщин (920), у 9 беременных женщин (0,9%) выявлены внутриутробные аномалии у плода. Допплерометрия по показаниям проведена в 44% случаев (405 женщин).

Согласно показаниям были проведены следующие профилактические мероприятия беременным: назначен аспирин с целью профилактики преэ-

клампсии 210 женщинам (22,8%), препараты йода в качестве профилактики кретинизма всем 920 беременным женщинам (100%), препараты кальция – 121 женщине (13,1%), фолиевая кислота в 98,6% (908 женщин), препараты железа – 920 женщин (100%). Препараты железа назначались в профилактической дозе и в лечебной в зависимости от уровня гемоглобина у беременной женщины. Всем женщинам проведено ЭКГ, определены группа и резус крови. Исследование крови на RW проведено дважды всем беременным женщинам (100%). Исследование на ВИЧ иммуноферментным методом также проведено всем беременным женщинам однократно, повторно – по показаниям в 2,2% (21 случай), положительных ответов, не выявлено. Исследование крови на гепатит В проведено в 100% случаев, из них положительные результаты отмечены в 1,8% случаев (17 женщин).

В структуре экстрагенитальной патологии у беременных женщин железодефицитная анемия занимает лидирующее место и была выявлена в 120 случаях (13%). Из всех случаев анемии, частота анемии легкой степени составила 10,9% (101 случай); анемия средней степени 1,9% (18 случаев) и тяжелой степени 1 случай (0,1%).

Согласно данным литературы сердечно-сосудистые заболевания – это наиболее часто встречающаяся группа экстрагенитальной патологии у беременных женщин. Результаты нашего исследования показали, что в 2021 году было отмечено 69 случаев сердечно-сосудистых заболеваний у беременных (7,5%), из которых случаи гипертонической болезни составили 1,1% (11 случаев), пороки сердца 0,5% (5 случаев), заболевания вен 5,7% (53 случая).

Известно, что беременность сопровождается физиологическими изменениями почек, мочевых путей, а также гемодинамики. Заболевания почек осложняют течение беременности, в то же время беременность может осложнить течение данного экстрагенитального заболевания (например, вызвать обострение, ухудшить функцию почек, вызвать почечную недостаточность). Исследование показало, что среди 920 беременных женщин, находившихся на дорожном уходе в 2021 г. у 58 женщин (6,3% случаев) отмечались заболевания мочевого пузыря, у 57 женщин (6,1% случаев) хронический пиелонефрит и 1 женщины (0,1%) хронический гломерулонефрит.

Заболевания верхних дыхательных путей составили 1,6% (15 случаев), хронический бронхит 0,2% (2 случая), случаи пневмонии 1,4% (13 жен-

щин). Заболеваний желудочно-кишечного тракта (гастрит) отмечены у 5 женщин (0,5%). У 17 (1,8%) беременных женщин выявлен гепатит В. У 11,4% (105 случаев) беременных женщин были отмечены эндокринные заболевания: сахарный диабет 0,5% (5 случаев), ожирение 4,2% (39 случаев), дефицит массы тела 2% (19 случаев), заболевания щитовидной железы 4,5% (42 случая).

Миопия отмечалась у 23 беременных женщин (2,5%). Эпилепсия в 2-х случаях (0,2%). Онкологические заболевания выявлены у 2-х женщин (0,2%). Вагиниты отмечены у 94 женщин (10,2%). Заболевания, передающиеся половым путем, отмечены у 39 женщин (4,2%): вирус простого герпеса выявлен у 12 женщин (1,3%), хламидиоз – 7 случаев (0,7%), уреаплазмоз – 4 случая (0,4%), гарднереллез – 4 случая (0,4%), цитомегаловирус – 12 случаев (1,3%).

Выводы. Таким образом, проведенное исследование выявило, что каждая вторая беременная женщина страдает различными экстрагенитальными заболеваниями, среди которых наиболее часто встречались анемия, сердечно-сосудистая патология и заболевания мочевыводящих путей.

Вопросы обследования женщин репродуктивного возраста и терапии выявленных заболеваний остаются актуальной проблемой для врачей. Профилактика экстрагенитальной патологии заключается в первую очередь в выявлении возможных хронических заболеваний. В то время, когда одни женщины отлично знают обо всех проблемах со здоровьем, для других обострение во время беременности той или иной болезни может стать настоящей неожиданностью. Именно поэтому медицинские работники советуют пройти полный медицинский осмотр ещё в период планирования ребёнка и подготовиться к беременности (прегравидарная подготовка).

Согласно Постановлению Правительства Республики Таджикистан №545 от 30 декабря 2021 года “Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов в организациях государственной системы

здравоохранения” следует проводить активный патронаж женщин репродуктивного возраста с целью оздоровления и охвата контрацепцией, при планировании беременности проводить консультирование по прегравидарной подготовке и раннему обращению при наступлении беременности. Семейный врач и акушер-гинеколог должны проводить полное обследование состояния соматического и гинекологического здоровья до планируемой беременности всех женщин, которые входят в группу высокого риска, в том числе женщин с экстрагенитальными заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инструмент для оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/232138/RUSv ANC_tool__final_30.06-2013_revised.pdf
2. Качество ухода за беременными женщинами и новорожденными – видение ВОЗ. 2015 г.
3. Национальный стандарт «Дородовая помощь при физиологической беременности». Душанбе. 2018 г.
4. Обеспечение безопасной беременности http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/126707/MPS_brochure_RUS_hiRes1.pdf?ua=1
5. Отчетная документация ГЦЗ №15 г. Душанбе за 2021 г.
6. Постановлению Правительства Республики Таджикистан №545 от 30 декабря 2021 года “Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов в организациях государственной системы здравоохранения”.
7. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи как средству формирования позитивного опыта беременности http://who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/ru/

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ, ИМЕЮЩЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ВСЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ, И ЕЁ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (Обзор литературы)

¹ГУ НИИ профилактической медицины;

²ГУ «Учебно-практический комплекс социальной работы и инноваций»

Ключевые слова: дети, ограниченные возможности, врожденные аномалия, реабилитация.

Более одного миллиарда человек в мире живут с той или иной формой инвалидности, из которых почти миллионы испытывают значительные трудности в функционировании.

Люди с ограниченными возможностями имеют более низкие показатели здоровья, более низкие достижения в образовании, меньшее участие в экономической жизни и более высокий уровень бедности, чем люди без инвалидности. Отчасти это связано с тем, что они сталкиваются с препятствиями в доступе к услугам, которые многие из нас долгое время считали само собой разумеющимися, включая здравоохранение, образование, занятость и транспорт, а также информацию. Эти трудности усугубляются в менее обеспеченных общинах.

Воспитание детей с ограниченными возможностями обучения требует высокого уровня знаний и доступа к ресурсам, информации и услугам.

В последние годы проблемы социального развития стремительно нарастают, в связи с чем исследования в области детской инвалидности становятся все более актуальными [3].

Концепция ВОЗ в отношении понятия “дети-инвалиды” основана на трехстороннем подходе к оценке последствий болезни. Прежде всего выбранный подход направлен на большой охват детей в группу инвалидности, что в свою очередь позволяет оказать существенную помощь по проблемам профилактики и реабилитации, а также социальной помощи детям с ограниченными возможностями.

Также немаловажным является недостаточное внимание в вопросах социально-психологического аспекта реабилитации со стороны медицинских работников, и в неполноценной оценке значимости и необходимости этапов медицинской реабилитации со стороны работников социальных служб [8].

Слабо развита преемственность в деятельности учреждений различной ведомственной принадлежности, курирующих вопросы, связанные с инвалидностью [9].

Проблеме инвалидности детей посвящены работы многих авторов [4, 18, 23].

Однако единичные работы посвящены вопросам инвалидности вследствие врожденных аномалий у детей [18].

По данным Республиканского Центра медицинской статистики и информации, в 2017 г. в органах здравоохранения состояло под диспансерным наблюдением 26991 чел. детей-инвалидов. Из них впервые признанными инвалидами - 1493 чел. детей [4]. Основные причины детской инвалидности - болезни нервной системы - 32,2%, психические расстройства - 11,9%, болезни органов чувств - 13,9%, заболевания опорно-двигательного аппарата - 14,6%.

В 2017 году 1487 детей – инвалидов прошли медицинский осмотр, 3975 детей были госпитализированы, 1706 детей отправлены на санаторно-курортное лечение.

Основным нормативно-правовым актом, регулирующим проблемы социальной защиты инвалидов, является Закон Республики Таджикистан от 29 декабря 2010 года, №675 «О социальной защите инвалидов» [3, 7], Статья 1. Основные понятия. В настоящем Законе используются следующие основные понятия:

– инвалид – лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, травмами, физическими и умственными дефектами, приведшими к ограничению жизнедеятельности, и вызывающее необходимость в его социальной защите;

– ребенок-инвалид - лицо в возрасте до 18 лет, являющееся инвалидом;

– ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата способности или возможности лицом осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, общаться, ориентироваться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью;

– инвалидность – степень ограничения жизнедеятельности человека вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций ор-

ганизма;

– медико-социальная экспертиза – определение в установленном порядке потребностей свидетелем лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки степени ограничения жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма;

– реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество». [6].

Республика Таджикистан 26 октября 1993 года ратифицировала «Конвенцию о правах ребенка», в 1999 году – «Международный Пакт о гражданских и политических правах», «Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах». Согласно ст. 10 Конституции Республики Таджикистан «Международно-правовые акты, признанные Таджикистаном, являются составной частью правовой системы республики. В случае несоответствия законов республики признанным международно-правовым актам применяются нормы международно-правовых актов». Таким образом, составной частью правовой системы в Республике Таджикистан являются признанные договоры о правах человека. Основой упор при правовом анализе делался на Конституцию РТ и международные договоры.

Доля инвалидов с детства среди всех категорий инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты населения, по данным различных авторов практически одинакова, и колеблется от 11,4% до 16,5% [22, 23].

По данным зарубежных исследований, доля инвалидов с детства в общей структуре инвалидности населения различна.

В последние годы отмечается удвоение общей численности контингента инвалидов с детства. Нарушения двигательной активности наблюдалось более чем у 2 млн. детей [8, 10].

Проведенное исследование [15, 16] показало, что 57,9% из общего числа инвалидов с детства составляли дети-инвалиды.

Согласно данным Британского бюро по детству, число детей-инвалидов составляет в Европейских странах 256 случаев на 10000 детей, а в России – 60 на 10000 [22, 23].

Таджикистан предпринял усилия и провел ряд реформ, направленных на модернизацию системы

обеспечения и обучения детей с ограниченными возможностями и особыми образовательными потребностями. Однако многое еще предстоит сделать.

Традиционный подход «медицинской модели» в значительной степени все еще определяет законодательство и политику в отношении детей с ограниченными возможностями. Это также оставляет глубокий след в повседневной жизни, отражая наследие негативного отношения, недоступную инфраструктуру, отношение общества к инвалидности как к чему-то, чего следует стыдиться, и изоляцию людей с ограниченными возможностями, в частности детей, в специальных учреждениях.

Деятельность детских домов и школ-интернатов в Республике Таджикистан регулируется следующими подзаконными актами:

Ряд исследователей отмечают, что уровень инвалидности мальчиков выше, чем среди девочек [6]. Среди детей-инвалидов 47,5% составили лица дошкольного возраста и 52,5% – лица школьного возраста. По данным [7] более 72% среди детей-инвалидов составляют лица школьного возраста.

По мере взросления детей уровень детской инвалидности возрастает, в частности, уровень детской инвалидности увеличивается с возрастной группы детей от 0-2 лет до возрастной группы 13-15 в среднем в 2,5 раза.

Согласно данным авторов [1, 3, 4] показано, что большая часть (31,5%) детей имели не одно нарушение, а целый ряд разнообразных нарушений: 2 нарушения – 25,5%, 3 нарушения – 4,8%, 4 и более нарушений – 1,2% детей. Анализ распространенности всех нарушений в изучаемой группе детей, проведенный авторами, показал, что почти половина (42,5%) имели недостатки умственного развития различной степени выраженности, что затрудняло их способность к общению, самообслуживанию, обучению и т.д.; 21% имели соматические нарушения, что в основном приводило к значительному снижению их выносливости и к зависимости от приема лекарственных препаратов.

Врожденные пороки развития (ВПР) являются частым и нередко тяжелым страданием. По данным отечественных и зарубежных исследователей, частота пороков развития умерших в перинатальном периоде колеблется от 20 до 42% [11, 12].

На основе данных Республиканского Центра медицинской статистики и информации проведено исследование с целью уточнения частоты и морфологической структуры ВПР у детей, умерших в родильном отделении Республиканской клинической

больницы и Детской республиканской клинической больницы за десять лет (2003 - 2013гг.). Установлено, что подавляющее большинство верифицированных ВПР (83,1%) приходится на умерших на первом году жизни. Этот факт, несомненно, подкрепляют имеющиеся в литературе сведения [5, 7, 8]. В структуре всех ВПР наибольший удельный вес занимают аномалии развития мочеполовой системы (МПС) - 32,4% (200 случаев из 383). На втором месте стоят ВПР желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) - 20,1% (76 случаев из 383). Третье место по частоте заняли ВПР сердечно-сосудистой системы (ССС) - 10,5% (40 случаев из 383). ВПР центральной нервной системы (ЦНС) констатированы в 5,5% (21 случай из 383) и ВПР органов дыхания - 3,1% (13 случаев из 383). Множественные ВПР зафиксированы в 8,5% (32 случая из 383). Наиболее часто (21 случай из 32) - 65,6% имело место сочетание [7, 8].

Современные представления о врожденных пороках развития у детей на данном этапе имеют следующие особенности.

Порок развития – это стойкое морфологическое изменение органа или организма в целом, которые выходят за пределы вариации нормального строения, которые приводят к различным функциональным расстройствам [2]. Бывают внутриутробные пороки развития, когда нарушается процесс развития зародыша, и после рождения в результате нарушения формирования органов (не заращение Баталова протока, аномалии развития зубов и остановка развития какого-то определенного органа или всего организма).

Врожденные пороки развития – ВПР характеризуются как структурные или функциональные нарушения нормы. По данным литературы существует более тысячи нозологических форм, и различаются они по локализации, этиологическому признаку, последовательности возникновения и времени тератогенного фактора [9].

Выделяют 3 основные группы по этиологическому признаку: 1) наследственные; 2) мультифакторальные; 3) экзогенные.

К наследственным относят пороки развития, возникшие в результате мутаций в гаметах или (реже) в зиготах. В зависимости от того, на каком уровне произошла мутация, наследственно обусловленные пороки делят на хромосомные и генные [6].

В группу экзогенных объединены пороки, обусловленные повреждением тератогенными факторами непосредственно эмбриона или плода.

Пороками мультифакторальной этиологии по предложению ВОЗ называют те, которые произошли от совместного действия генетических и экзогенных факторов, причем ни один из них не является причиной порока.

Данные исследования 7300 детей с врожденными пороками развития [7, 8] показали, что происхождение 23,2% аномалий связано с наследственными факторами (из них 14,3% составляют моногенные формы и 8,9% относятся к хромосомным аномалиям), 50,8% приходится на мультифакторальную группу и лишь около 2% связано с действием тератогенных факторов. Причины остальных пороков остались не установленными.

В зависимости от последовательности возникновения различают первичные и вторичные пороки развития [3]. Первичные пороки обусловлены непосредственным воздействием тератогенного фактора. К этой группе относятся диабетические, алкогольные, медикаментозные, фенилаланиновые, радиационные эмбриопатии. Вторичные же пороки развития являются осложнением первичных и всегда связаны с ними патогенетически.

В литературе последних лет авторами выделяются, как правило, группы социально-гигиенических, медико-организационных и медико-биологических факторов, оказывающих влияние на младенческую смертность [5, 7].

Степень влияния различных групп факторов на младенческую смертность неодинакова. Так, для регионов с высоким уровнем младенческой смертности на первое место выдвигаются социально-гигиенические факторы, доля влияния которых составляет 43,2%, а медико-организационных - 29,7%. В регионах с низким уровнем младенческой смертности доминируют медико-биологические факторы. В регионах с высоким уровнем младенческой смертности среди причин смерти доминируют болезни органов дыхания, инфекционные и паразитарные заболевания, так называемые перинатальные причины ВПР. Процесс развития плода и ребенка биологически неоднороден. Условно выделяют несколько периодов по анатомо-физиологическим характеристикам и взаимодействию с окружающей средой.

Среди основных причин смерти в антенатальном периоде - антенатальная асфиксия, в раннем неонатальном (от 0 до 7 дней) - пневмопатии ВПР, родовые травмы, в позднем неонатальном (7-28) - ВПР (до 93%), в постнатальном (от 28 дней до 1 года) - ОРВИ, острые кишечные инфекции, ВПР [7].

В течение первого года жизни происходит изменение структуры ВПР. Так, среди мертворожденных 50% приходится на множественные пороки развития и 14% - на сердечнососудистую систему. В постнатальном периоде возрастает роль пороков сердечно-сосудистой и пищеварительной системы. При этом преобладает смертность мальчиков (56,48%). Общая частота ВПР среди мертворожденных составила 14,53%, перинатально умерших - 16,96%, умерших до 1 года - 22,10% [12, 15]. У детей, умерших в перинатальном периоде, пороки сердца встречаются в 3-8% вскрытий, ЖКТ- в 3-4%, дыхательной системы - у 4,2%. По данным литературы, ВПР в структуре младенческой смертности составляют 12,9%, в структуре смертности детей первого года жизни - 4,1%.

Инвалидность у детей (до 18 лет) означает значительное ограничение деятельности, приводящее к их социальной дезадаптации, из-за отклонений в нервно - психическом и умственном развитии, на фоне врожденных пороков развития или приобретенных патологий.

Согласно концепции ВОЗ поводом для установления инвалидности у детей является не утрата трудоспособности, как у взрослых, и не сама болезнь или травма, а их последствия, проявляющиеся в виде нарушения той или иной психологической, физиологической или анатомической структуры или структуры, приводящей к ограничению жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Детская инвалидность является острой проблемой современного общества. В Республике Таджикистан 0,7% детского населения имеют статус ребенка-инвалида. В последние десятилетия, согласно данным официальной статистики, происходит постепенное повышение заболеваемости по всем классам болезней. При этом современная патология характеризуется высокой степенью общесистемных поражений, наблюдается абсолютный и относительный рост врожденных и наследственных заболеваний [2, 5].

В соответствии с данными статистики, среди заболеваний, обуславливающих возникновение инвалидности по Таджикистану, на первом месте стоят болезни нервной системы и органов чувств - 52,45 на 10 000 детей в возрасте 0- 15 лет (причем в эту группу болезней входит ДЦП, распространенность которого составляет 19,4 на 10 000 детей). Второе место принадлежит психическим расстройствам - 31,02 на 10 000 детей, среди которых 21,88 на 10 000 составляет умственная от-

сталость. Третье место принадлежит врожденным аномалиям - 28,2 на 10 000 детей. Эти три класса заболеваний определяют структуру причин детской инвалидности, составляя в ней 69,5% [1-3].

По данным [13], анализ возрастной структуры распространенности детской инвалидности от наиболее значимых заболеваний, обусловивших ее возникновение, показал, что в возрастных группах: 0-4 года и 5-9 лет наиболее значимым классом болезней являются врожденные аномалии развития, распространенность которых статистически достоверно понижается к 15-16 годам.

Выявлена прямая корреляционная связь влияния комплексного показателя санитарно-гигиенического благополучия среды обитания на заболеваемость детей: болезнью нервной системы и органов чувств, эндокринной, кроветворной и мочеполовой систем, новообразований и развитие врожденных аномалий и пороков. При этом долевой вклад экологических факторов в заболеваемость у детей составил от 3,6% до 11,6% в зависимости от территории (12).

По данным ВОЗ, показатели популяционной частоты врожденных пороков развития колеблются в широких пределах - от 2,7% до 16,3%.

Ряд авторов отмечают, что за последние десятилетия в мире имеется нарастание частоты рождения детей с врожденными пороками развития, дефектами интеллекта и хроническими инвалидизирующими заболеваниями. Заболеваемость врожденными пороками развития в 2010 г. по сравнению с 2000 г. увеличилась с 214,7 до 304,0 на 10 тыс. родившихся живыми, т.е. на 48,5% [4, 5].

Немаловажную роль играет и снижение доступности высокоэффективных средств лечения детей, профилактики заболеваемости будущих матерей и детей, а также недостатки в дошкольном и школьном воспитании детей [1-3].

Детская инвалидность представляет одну из важнейших проблем современного здравоохранения. В 2018 г. в Хатлонской области уровень детской инвалидности составил 162,7 ‰, против 48,8 ‰ в 1995 г. Первое место среди причин инвалидизации занимают заболевания центральной нервной системы и органов чувств (52,7%), второе место - врожденные аномалии (32,1%), третье - психические расстройства (29,3%), четвертое - заболевания эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета (9,0%) [13].

В литературных источниках отмечено, что уровень детской инвалидности увеличивается с

возрастом детей. Так, в возрастной группе от 0 до 4 лет он составляет 124,9‰, 5-9 лет - 149,2‰, 10-14 лет - 179,4‰, 15 лет - 229,2‰. С возрастом детей уровень детской инвалидности увеличивается по следующим заболеваниям: болезни нервной системы и органов чувств - с 42,7 до 70,8‰, новообразования (с 2,8 до 5,0‰), болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета (с 4,6 до 16,2‰), патологии органов дыхания (с 1,3 до 7,3), заболевания мочевыделительной системы (с 3,3 до 12,4‰), патологии опорно-двигательной системы (с 1,7 до 14,6‰), травмы и отравления (с 0,9 до 10,7‰). Наиболее высокий уровень первичной детской инвалидности отмечен при инвалидности, обусловленной заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств (7,9‰), врожденными аномалиями (6,6‰), психическими расстройствами (4,6‰), заболеваниями мочеполовой системы (2,1‰), заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани (1,6‰). Наиболее высокие показатели детской инвалидности, обусловленной причинами, возникающими во внутриутробном периоде, наблюдаются при заболеваниях центральной нервной системы и органов чувств (43,3‰), при врожденных аномалиях (34,9‰), при психических расстройствах (11,3‰), отдельных состояниях, возникающих в перинатальный период (6,4‰), болезнях эндокринной системы, расстройствах питания, нарушениях обмена веществ и иммунитета (4,5‰) [14-19].

По данным [11-13] в Согдийской области проживают 6325 детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, что составляет примерно 2% детского населения области. За период с 2005 по 2012 гг. в структуре причин детской инвалидности первые два ранговых места занимают психические расстройства, врожденные аномалии и пороки развития, третье место стабильно удерживают заболевания нервной системы. Показатели первичной инвалидности колеблются в пределах 18,0-20,0 на 1 тыс. детского населения (в 2001 г. – 19,5 на 1 тыс. детского населения). Однако при достаточно стабильных показателях первичной инвалидности отмечается отчетливый рост числа заболеваний психической сферы (в том числе умственной отсталости), врожденных аномалий и пороков развития как основной инвалидизирующей причины.

Так, интенсивный показатель первичной инвалидности у детей с психической патологией возрос с 1,7 ‰ в 2001 году до 4,3 ‰ в 2018 году; у детей

с врожденными аномалиями соответственно с 3,0 в 2001 году до 3,6 ‰ в 2018 году.

Структура первичной инвалидности по нозологическим формам заболеваний в г. Душанбе:

1 место – патологии центральной нервной системы (22%),

2 место – болезни органов кровообращения (21%);

3 место - психические расстройства и расстройства поведения (9%)

4 место - болезни костно-мышечной системы (9,2%),

5 место – врожденные патологии глаз (9%).

По ведущим нозологиям (первые 5 мест) структура первичной инвалидности в 2015 г. соответствует 2016 году.

По другим нозологическим формам, в сравнении с 2015 г., следует отметить увеличение доли болезней органов дыхания с 4 до 6% (8-е место в 2015 г., 6-е в 2016г.), болезней глаз с 3 до 5% (9-е место в 2015 г, 7-е место в 2016 г.), злокачественных новообразований - с 3 до 4%.

Ежегодно в Республике Таджикистан рождается около 2400-3200 детей с врожденными и наследственными заболеваниями, из них более половины признаются в дальнейшем инвалидами [21-24].

В последние годы в специальной литературе обсуждаются отдельные вопросы, касающиеся различных аспектов проведения медицинской, профессиональной и социальной реабилитации детей-инвалидов [1-5]. В работах изложены современные технологии воспитания, обучения и занятости инвалидов [6-10].

Однако до настоящего времени остаются недостаточно изученными вопросы медико-социальной характеристики контингента детей-инвалидов, их потребности в различных видах реабилитации, изучении сложившихся в стране условий для реализации комплексной реабилитации детей-инвалидов и правового обеспечения этого процесса, механизма осуществления реабилитации, что является значительным препятствием для создания сети реабилитационных учреждений, для перспективного планирования комплекса реабилитационных мероприятий и услуг для детей-инвалидов [23].

Для обеспечения последовательности в осуществлении системы мероприятий, составляющих содержание концепции, предполагаются два этапа.

В течение первого этапа будет проведен анализ существующих и дальнейших изменений, и соответственно совершенствование законодатель-

ных и нормативных актов по вопросам детской реабилитации.

В этот же период предусматривается создание и развитие деятельности региональных реабилитационных центров, разработка положений о видах их деятельности и стандартов реабилитационной помощи.

Обязательной составляющей данного этапа является разработка научно-обоснованных республиканских и региональных целевых программ по реализации основных положений концепции.

Второй этап реализации концепции включает организацию работы создаваемых структур службы детской реабилитации на основе усовершенствованных и вновь разработанных законодательных и нормативно-правовых документов [20, 21].

Будут реализовываться государственные целевые программы по приоритетным направлениям службы детской реабилитации.

Предполагается внедрение в деятельность реабилитационных учреждений всех уровней научнообоснованных технологий реабилитационной помощи детям с ограниченными возможностями.

Важным элементом второго этапа является формирование единых систем мониторинга состояния здоровья детей с инвалидизирующими заболеваниями и детей с ограниченными возможностями, создание телекоммуникационных связей между специалистами и учреждениями [15].

Перечисленные направления этапов концепции являются наиболее существенными и практически значимыми. Их реализация позволит значительно улучшить положение и качество жизни детей с ограниченными возможностями.

Для выполнения поставленных задач структура создаваемой службы будет включать организацию некоторых новых учреждений, в частности, региональные (межрегиональные) организационно-методические реабилитационные центры национального уровня [10].

Организационно - методические центры национального уровня являются ответственными за организацию, руководство и контроль за выполнением реабилитационных программ, методическое обеспечение деятельности учреждений детской реабилитации, повышение квалификации кадров. В структуру региональных центров входят: поликлиника, дневной стационар, профильный стационар, поликлинические отделения, отдел современных реабилитационных технологий и другие подразделения. Главные принципы работы Центров региональных уровней - этапность, комплексность,

преемственность, работа не только с больным, но и с его семьей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминов Х.Д. Важность ранней диагностики у детей с ограниченными возможностями, реабилитация и педагогическая коррекция / Х.Д. Аминов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2015 г. С. 12-15.
2. Аверкин В. Готовим учителей новой специализации / В. Аверкин // Народное образование. - 2015. - №6. - С. 156-157.
3. Белкин А. С. Нравственное воспитание учащихся вспомогательной школы / А. С. Белкин. - М.: Просвещение, 2017. - 112 с.
4. Вохидов А.В. Состояние здоровья и медико-социальные проблемы детей и подростков Таджикистана / А.В. Вохидов, С.Б. Джобирова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2015. - №3. - С.20-29.
5. «Здоровье населения», Республиканский центр медицинской статистики и информации МЗ РТ, 2017 г. 120с.
6. Загуменнов, Ю.Л. От инклюзивного образования к инклюзивному обществу / Ю.Л. Загуменнов // Адукацыя і выхаванне. Столічнае образование сёння. - Минск, 2018. - №1.
7. Зубарева, Т. Г. Развитие профессиональной компетентности специалистов в области инклюзивного образования / Т. Г. Зубарева // Сибирский педагогический журнал. - 2019. - №4.
8. Малофеев Н. Н. Перспективы развития учебных учреждений для детей с особыми образовательными потребностями / Н. Н. Малофеев // Дефектология. — 2014. - №5. - С. 3 - 11.
9. Мамайчук И.И., Пятакова Г.В. Исследование личностных особенностей детей с детским церебральным параличом / И. И. Мамайчук, Г. В. Пятакова // Дефектология. - 2014. - №3. - С. 23 - 27.
10. Русина Е. И. Педагогические условия личностно-ориентированного взаимодействия с детьми старшего дошкольного возраста в процессе познавательной деятельности: дис. ... канд. пед. наук: Елена Иванова Русина. - М., 2015. - 233 с.
11. Русские писатели о чувашах / сост. Ф. Уяр, И. Мучи. — Чебоксары, 2016. — 400 с.
12. Сергеева, Т.А. Школа-центр интегрированного обучения и диагностики новый тип педагогического заведения для детей с отклонениями в развитии / Т. А. Сергеева // Дефектология. - 2015. - №5. - С. 58
13. Салимзода Н.Ф. Охрана и укрепление здоровья детей Таджикистана в свете реализации целей развития тысячелетия / Н.Ф. Салимзода, Л.С. Бобоходжаева, Ш.Р. Рахматуллоев, А.В. Вохидов // Здравоохранение Таджикистана. - 2015. - №1. - С.14-22.
14. Ходжаева А.Р., Диагностика и хирургическое лечение синдрома верхней грудной апертуры / А.Р. Ходжаева, З.Н. Набиев, И.И. Сулаймонов // Вестник

Шодихон Дж., Ашуров Р.Д., Зокирзода Р.З., Шоева. К. А.

ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ, КАК ПОСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ПАТОЛОГИИ МОЗГА В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Актуальность. Наибольшие дифференциально-диагностические сложности возникают при распознавании эпилептических припадков (особенно акинетико-атонических абсансов) и судорожного синдрома. Мнения исследователей относительно судорог в момент СС противоречивы. Некоторые считают, что судороги при СС никогда не возникают, однако большинство склоняются к тому, что при СС кратковременные судороги могут иметь место [2, 3]. ЭЭГ при эпилептических приступах отличается внезапным возникновением гиперсинхронных, однотипных по частоте медленных волн или комплексов «острая — медленная волна». При СС наиболее значимым ЭЭГ-феноменом является медленное урежение волновой активности. Во время обморока возможно полное прекращение волновой активности [1, 4].

Цель исследования. Диагностика эпилепсии у детей, как последствие перенесенной патологии мозга в перинатальном периоде.

Материал и методы исследования. Нами на основании ретроспективного и проспективного анализа историй болезней и наблюдений за детьми, страдающими эпилепсией и судорожным синдромом произведено дифференцировка клинических проявлений судорожного синдрома и эпилептических приступов.

Диагноз эпилепсии требовало обязательного проведения ЭЭГ-мониторинга (продолженной записи ЭЭГ). Видео-ЭЭГ-мониторинг в условиях стационара проведен 13 пациентам с НС в возрасте от 3 мес до 17 лет. При мониторинговании бодрствования в фоновой записи у 60,6% человек на ЭЭГ зарегистрированы органические изменения; у 72,7% — эпилептиформная активность. У 5 (16,6%) детей грудного и раннего возраста, госпитализированных с поражением ЦНС и нарушением психики. Нами проведено оценка неврологического статуса, ЭЭГ-паттерны и риск формирования эпилепсии у детей, перенесших судороги в течение первого месяца жизни как основного симптома перинатальной патологии головного мозга. Ис-

следование включало детей, перенесших неонатальные судороги. Проведен детальный анализ акушерского и раннего постнатального анамнеза в сочетании с неврологическим осмотром ребенка.

В исследовании участвовали 28 детей в возрасте от 1 мес до 14 лет. Пациентов разделили на три группы: 1-я группа - 7 детей от 1 мес. до 1 года; 2-я группа - 13 детей от 1 года до 5 лет; 3-я группа - 8 детей от 5 до 14 лет.

В 1-й группе у 3 (42,8%) из 7 пациентов в первые дни жизни кроме НС была верифицирована церебральная ишемия II—III степени, причем у (24%) детей в сочетании с внутрижелудочковыми кровоизлияниями, а у (18,2%) - с синдромом угнетения ЦНС. У (52,1%) из 7 пациентов с НС к 1-му году жизни установлен диагноз «эпилепсия», и у (76,3%) сформировался стойкий неврологический дефицит. У всех младенцев, по результатам УЗДГ, нарушения кровотока сочетались с признаками перенесенной гипоксии. У (29,3%) детей с повторяющимися эпилептическими приступами, по данным МРТ и РКТ, выявлены грубые изменения: у троих к возрасту 1 год превалировала картина внутренней желудочковой гидроцефалии; у двоих — кистозно-атрофические изменения полушарий головного мозга. НСГ - наиболее доступный метод диагностики - была проведена лишь 60,6% пациентов с НС. У 3 детей преобладали перивентрикулярные кисты, у 2 - внутрижелудочковые кровоизлияния, еще у 2 - признаки внутрижелудочковой гидроцефалии. По данным офтальмоскопии, проведенной (65,3%) пациентам, у (30%) обнаружена частичная атрофия зрительных нервов, у (70%) - явления ангиопатии сетчатки разной степени выраженности.

При анализе анамнеза пациентов 2-й группы (от 1 года до 5 лет) больших статистических различий в симптоматике в первые дни жизни мы не отметили. В дальнейшем у (60%) детей сформировался ДЦП; у 6 детей - в сочетании с симптоматической фокальной эпилепсией; у 5 - с симптоматическим синдромом Веста. Таким об-

разом, к 5 годам более 1/3 (37%) детей, перенесших НС, страдали эпилепсией. По данным МРТ, проведенной 11 детям из 30, у 4 (13,3%) обнаружена смешанная желудочковая гидроцефалия; у 3 (10%) - кистозно-атрофические изменения; у 2 (6,6%) - аномалия развития головного мозга, в частности, гипоплазия мозолистого тела. По результатам УЗДГ у 10 (30%) пациентов преобладала асимметрия кровотока по позвоночным артериям более 25%, причем у 6 (20%) из них в сочетании с выраженной венозной дистонией; у 2 (7%) пациентов описаны признаки перенесенной гипоксии.

У всех пациентов 3-й группы (5-17 лет) в периоде новорожденности отмечали церебральную ишемию II-III степени. На наш взгляд, 100%-ный показатель ишемических нарушений в этой группе не имеет объективных причин, но показывает высокую частоту гипоксии-ишемии у новорожденных с НС. Степень ишемии преобладала у глубоко недоношенных детей, как и частота неврологических последствий. Данные неврологического осмотра и инструментальных методов исследования не отличались от таковых в других группах, что позволило нам сделать вывод о формировании неврологических исходов к возрасту 12-18 мес у детей с НС. Значимым отличием 3-й возрастной группы от первых двух мы считаем частоту головных болей (69,3%) и когнитивных нарушений в виде снижения памяти, восприятия, концентрации внимания у 44,6% пациентов, прошедших тестирование у психолога.

Результат и их обсуждение. При симптоматической фокальной и мультифокальной эпилепсии у 17 (56,6%) детей были зарегистрированы региональные и мультирегиональные эпилептиформные изменения; у 1 (3%) ребенка отмечали комплексы, по морфологии напоминающие доброкачественные эпилептиформные паттерны детства. У одного ребенка на ЭЭГ зарегистрировано угнетение корковой ритмики.

У 21 пациента видео-ЭЭГ-мониторинг проводили после рутинной ЭЭГ, которая выявила эпилептиформные нарушения у 23,8% детей с НС в анамнезе. Видео-ЭЭГ-мониторинг бодрствования и сна выявил эпилептиформную активность в 85,7% случаев, причем в 61,9% она была выявлена впервые. Изолированно, только в состоянии сна, эпилептиформная активность выявлена в 28,6% случаев, что увеличивает значимость проведения ЭЭГ-мониторинговых исследований в данном физиологическом состоянии. У 2-х (14,7%) в состоянии бодрствования регистрировались короткие

разряды генерализованных билатерально-синхронных комплексов «пик-волна», характерных для идиопатических генерализованных эпилепсий. Ни у кого из детей с эпилептическими феноменами на ЭЭГ на момент обследования не было клинически явных приступов.

Расширение двигательной активности при СДВГ сопровождается распространенными отклонениями в состоянии здоровья детей, в том числе со стороны кардиореспираторной и вегетативной нервной системы.

Анализ влияния двигательной активности на устойчивость организма к гипоксии выявил, что у мальчиков с нарушением функции дыхательной системы в условиях средней и низкой физической активности достоверных различий изучаемого показателя не отмечалось. В то же время у девочек с подобной патологией при низкой двигательной активности значения пробы Штанге были на 29% выше, чем при среднем уровне локомоций.

Эти закономерности указывают не только на понижение функции легких, но и на развитие дистрофических процессов в сердце при длительном существовании хронических заболеваний. При анализе показателей variability ритма сердца у 45 больных детей с СДВГ было отмечено преобладание тонуса симпатической нервной системы: показатель rMSSD составил, в среднем, $31,2 \pm 2,30$ мс; pNN50 — $5,12 \pm 0,12\%$; LF — $4,11 \pm 0,05$ мс²; HF — $5,01 \pm 0,12$ мс². Таким образом, у 40,2% больных имелись признаки дисбаланса парасимпатической и симпатической нервной системы с явным преобладанием тонуса последней, что может играть существенную роль в возникновении синкопальных состояний.

У 12 (39,9%), больных с эпилепсией при анализе показателей variability ритма сердца, констатировано преобладание тонуса парасимпатической нервной системы: rMSSD составил, в среднем, $67,12 \pm 5,11$ мс, pNN50 — $12,02 \pm 2,45\%$. Мощность в диапазоне низких частот (LF), трактуемая условно как показатель активности симпатической системы, составила, в среднем, $3,19 \pm 0,03$ мс², а мощность в диапазоне высоких частот (HF), являющаяся показателем активности парасимпатической нервной системы - $6,12 \pm 0,04$ мс².

У 20 больных (66,6%) были зарегистрированы неспецифические изменения биоэлектрической активности мозга, представленные замедлением базового ритма до 6–8 Гц, избыточной медленной активностью и так называемым «гиперсинхронным» типом активности со средней амплитудой

активности в тэта- и/или альфа-диапазоне более 150 мкВ. В 15 случаях имела место комбинация таких изменений.

Показатель RMSSD в физиологической интерпретации можно рассматривать как оценку способности синусового узла к концентрации ритма сердца, регулируемой переходом функции основного водителя ритма к различным отделам синоатриального узла, имеющим неодинаковый уровень синхронизации возбудимости и автоматизма. При увеличении ЧСС на фоне активации симпатического влияния отмечается уменьшение RMSSD, т.е. усиление концентрации, и наоборот, при нарастании брадикардии на фоне повышения тонуса вагуса концентрация ритма снижается. Мы считаем, что в большинстве случаев синкопальные состояния имеют первично неврогенный характер.

Нарушение мозгового кровотока — редкая причина истинного синкопального эпизода. Большинство транзиторных ишемических атак (ТИА) характерных именно для детей с эпилепсией, в бассейне сонных артерий вызывают односторонние нарушения зрения, мышечной силы или чувствительности. ТИА в вертебрально-базилярной

системе обычно сопровождаются диплопией, головокружением, атаксией или приступами внезапных падений («drop attacks»), но не потерей сознания. Редко у пациентов с ТИА может наблюдаться преходящая утрата сознания, однако отдельные синкопальные эпизоды, не сопровождающиеся неврологическими симптомами, не следует относить к ТИА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Обреимова Н.И., Петрухин А.С. Основы анатомии, физиологии и гигиены подростков. Москва. 2017.
2. Петрухин А.С. Неврология детского возраста. Москва, 2004. 784.с.
3. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи (Доклад экспертной комиссии по СДВГ). Русский журнал детской неврологии 2017; 2: 1: 3-21.
4. Смирнов Д.Н., Суворова Н.Д., Асмолова Г.А., Медведев М.И., Володин Н.Н. детский церебральный паралич и симптоматическая эпилепсия у ребенка с неонатальными судорогами. Российский вестник перинатологии и педиатрии (вопросы материнства и детства) 2015; 48: 2: 38-42.

ТЕЗИСЫ

Абдусаматзода З.М., Набиев З.Н., Юнусова Д.З., Алиева Б.М.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ И АСПЕКТЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Цель исследования: Оптимизация тактики ведения беременных с острыми респираторными вирусными инфекциями и снизить частоту инфекций осложнения и их последствий у беременных.

Методология и методы исследования.

Для достижения поставленной цели проведено рандомизированное, простое слепое, сравнительное на параллельных группах беременных исследование эффективности и безопасности вакцина профилактики Ковид-19 во время беременности начиная с июня месяца 2021г. Проведено изучение особенностей течения беременности и ее исходов у женщин и их новорожденных на этапах исследования.

В работе использованы клинические, лабораторные и функциональные методы исследования, применяемые в общей клинической практике и в акушерстве. В соответствии с целью исследования обследовано 477 беременных женщин в возрасте

от 18 до 35 лет и их новорожденные.

Методом простой рандомизации беременные были разделены на клинические группы по признаку проведения вакцинации субъединичной вакциной:

I группа (основная) - 187 беременных женщин, которым проведена вакцинопрофилактика Ковид-19 (из них были привиты: во 1 и 2 триместре беременности -145, в третьем - 42).

II группа (контрольная) -165 беременные женщины, которым вакцинопрофилактика не проводилась. Все добровольцы были включены в программу исследования после предварительной оценки по критериям включения и невключения в протокол.

III группа вошли 125 женщины получили вакцинации после рода на 3 суток перед выписки, для изучения показатели гемодинамики в динамике и частоты осложнения.

Нами было проведена анализ частоты развития

осложнений беременности, после перенесенного респираторное вирусное заболевание в различные trimestры гестации и ее исходы в зависимости от получения вакцины. Изучена частота развития осложнений у плода-(внутриутробной инфекции, ЗВУР, развития ФПН, внутриутробного инфицирования и др.) после перенесенного Ковид-19 беременной в различные сроки гестации.

Результаты и их обсуждение. В исследовании будет оценено влияние вакцинопрофилактики против ковид-19 на течение периода гестации и частоту респираторных инфекций у беременных. Показано, что вакцинация во I- II-III триместрах гестации достоверно снижает частоту, острых респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ) и обострений бронхолегочных заболеваний с 32,8% до 6,8%. При использовании разработанного алгоритма ведения беременных с заболеваниями Ковид-19 частота осложнений со стороны матери и плода снизилась до 12%.

На основе клинические наблюдение и лабораторные показатели у 42(33,6%) из 125 получивших вакцина после роды показало о стабильное гемодинамики и не диагностировано септические осложнения респираторные патологии на периоде наблюдение в течение 3 месяц после вакцинации.

Анализ показателей иммунологической эффективности субъединичной вакцины против ковид-19 выявил, что у беременных, независимо от сроков гестации, уровень серо протекции (>70%) через месяц после введения вакцины к вирусам ковид-19 и соответствовал критериям высокой иммуногенности. Продуктивные уровни поствакцинальных антител к Ковид-19, достигнутые во время беременности, сохраняются у женщин более 6 месяцев. У привитых против Ковид-19, пациенток по сравнению с не вакцинированными беременными, реже (16,5% и 27% соответственно) отмечается плацентарная недостаточность, о чем свидетельствует меньшая частота нарушений гормональной функции плаценты и синдрома задержки роста плода.

У новорожденных, родившихся от матерей, вакцинированных во время беременности, достоверно ниже показатели внутриутробного инфицирования и перинатального поражения центральной нервной системы, а также в 2,4 раза ниже заболеваемость респираторными инфекциями в первые 6 месяцев после рождения за счет формирования транс плацентарного иммунитета. Клинические исследование доказало, что в результате вакцинации матерей во время беременности, в крови

родившихся от них новорожденных циркулируют трансплацентарно переданные IgG антитела к вирусу Ковид-19 в протективных титрах, элиминирующийся к 5-6 месяцу жизни ребенка.

Проведен комплексный анализ акушерских и перинатальных исходов при вакцинации беременных вакциной против Ковид-19 и дано научное обоснование целесообразности и безопасности вакцинопрофилактики у женщин в гестационный период. Данные исследования позволили расширить наши представления о возникновении и развитии осложнений беременности после перенесенного Ковид-19. Выявлены особенности течения беременности при Ковид-19, на основании которых для практического здравоохранения разработана оценочная шкала степени риска перинатальных осложнений и потерь, алгоритм ведения беременных в период заболевания. Вакцинация беременных во II-III триместрах безопасна и клинически эффективна, поскольку позволяет снизить частоту респираторных вирусных инфекций у женщин в период гестации и у новорожденных в неонатальном периоде, осложнений и неблагоприятных исходов беременности. В работе научно обоснованы показания к вакцинопрофилактике Ковид-19 во время беременности.

Экономическая эффективность вакцинации целесообразность вакцинации против ковида-19 подтверждается экономическими факторами. На сегодняшний день уже существует общее понимание проблемы Ковид-19 и его серьезных последствий для здоровья, в том числе для беременных женщин.

Для понимания важности вакцинации и выработки оптимальной стратегии необходим экономический расчет, включающий преимущества ее проведения. В приоритете должны быть мероприятия, максимально заботящиеся о сохранении здоровья беременной женщины, пролонгировании беременности до максимальных сроков, снижение риска осложнений как для матери, так и для новорожденного. При расчете стоимости программы вакцинации учитываются такие расходы как: расход на закупку, на хранение и транспортировку, расходы на медицинское обслуживание и административные расходы. Важно также учитывать расходы на лечение в случае недостаточной эффективности вакцины. Необходимо также учитывать и эффективность самой вакцины.

Существуют разные методы оценки показателей эффективности вакцинации: количество предотвращенных инфекционных случаев и случаев

осложнений, определение суммы с сэкономленных средств на неосуществленное лечение плюс сохранение не прямых расходов. По приведенным выше критериям осложнений можно рассчитать примерные затраты на лечение осложнений. Самопроизвольный выкидыш (в 25-50% случаев) по данным на сегодняшний день при лечении в стационаре стоит 2-3 тыс. сомони. Преждевременные роды (в 15-20% случаев) при оценке затрат на лечение важны тем, что включают в себя оплату на лечение и выхаживание недоношенного новорожденного. Данная строка расходов является одной из самых затратных. Только на лечение в первый месяц жизни недоношенного новорожденного обходится от 7 до 12 тыс. сомони.

Таким образом результаты исследование дока-

зывает функционально-стоимостный анализ, исходя из стоимости вакцины и процедуры ее введения беременной, экономических потерь государства вследствие заболевания гриппом беременной женщины, затраты на купирование осложнений, возникших после вакцинации, — примерно в 3 раза меньше, чем в результате заболевания Ковид-19. Установлено, что затраты на проведение иммунизации в 20 раз ниже суммы экономического ущерба от заболевания бронхолегочные патологии вирусной этиологии беременных женщин и возникающих отсюда осложнений. Следовательно, проведение вакцинопрофилактики у беременных женщин не только эффективно, но и экономически целесообразно.

¹Азизова Н.Н., ²Шамсудинов Ш.Н.

ТАҒЙИРЁБИИ МУБОДИЛАИ МОДДАҲО ҲАНГОМИ СИРОЯТИ COVID-19

¹МДТ “Колечи тиббии ҷумҳуриявӣ”;

²МД “Пажӯишгоҳи гастроэнтерология”

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши тағйиротҳои лабораторӣ ҳангоми сирояти COVID-19, ки аз ҳалалёбии мубодилаи моддаҳо дар организм дарак медиҳанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Шумораи сироятёфтагон дар ҳафтон бо сирояти COVID-19 то ба 1-уми декабри 2022 - 650-млн нафарро ташкил намуд, ки аз онҳо 6,5-млн ҷавиданд. То ҳол хусусиятҳои вируси мазкур ва таъсири он ба узвҳои организми инсон мавриди омӯзиш қарор дорад.

Дар мақола натиҷаи муоинаи 400 нафар беморон, ки дар МД “Пажӯишгоҳи гастроэнтерология” ва МД “Беморхонаи сироятии шаҳрии ш. Душанбе” бо сирояти COVID-19 таъбаат гирифтаанд оварда шудааст. Ташхис дар асоси таҳлилҳои вирусологӣ, биохимиявӣ, томографияи компютерӣ ва нишондодҳои озмоишгоҳии хуни қанорӣ гузошта шудааст. Мубодилаи ангишторҳо дар асоси муайян намудани глюкоза ва мубодилаи ҷарбҳо дар асоси муайян намудани холестерин дар таркиби зардобии хун омӯхта шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот. Дар 400 нафар бемори дучори COVID-19 ба ҳисоби миёна микдори глюкоза дар таркиби зардобии хунашон $8,6 \pm 1,5$ ммол/л-ро ташкил намуд.

Аз натиҷаҳои бадастомада маълум гардид,

ки микдори глюкоза дар таркиби хуни 112 нафар бемор $6,5 \pm 1$ ммол/л-ро ташкил намуд. Дар таркиби хуни 192 нафар бемори бо коронавирус сироят ёфта бошад микдори глюкоза ба $9,0 \pm 1$ ммол/л-ро ташкил намуд. Дар таркиби хуни 52 нафар бемор бошад микдори глюкоза ба ҳисоби миёна $12,5 \pm 2$ ммол/л, ва дар таркиби хуни 44 нафар бемор бошад микдори глюкоза ба $16,0 \pm 3$ ммол/л баробар буд. Ин нишондод нисбати одамони солим аз 2 то 4 маротиба зиёдтар мебошад.

Натиҷаи ба даст оварда нишон медиҳад шиддатнокии бемории COVID-19 дар шахсоне, ки дучори диабет қанд мебошанд пуршиддаттар мегузарад ва нишондоди глюкозай дар ин гурӯҳи беморон баландтар мебошад.

Микдори холестерин дар таркиби зардобии хуни беморони бо коронавирус сироятёфта ба ҳисоби миёна $6,5 \pm 0,5$ ммол/л баробар буд, ки ин нишондод дар таркиби хуни одамони солим ба $4,0 \pm 0,5$ ммол/л-ро ташкил медиҳад. Аз 400 нафар беморе дар зерини санҷиши мо қарордошта дар таркиби зардобии хуни 112 нафарашон зиёдшавии боваринокии холестерин ба мушоҳида расид, ки 28%-ро ташкил дод.

Хулоса. Ҳамин тариқ аз натиҷаи таҳқиқот маълум гардид, ки ҳангоми сироятёбии бо вируси

COVID-19 тағйиротҳои мубодилаи карбогидратҳо ва чарбҳо ба мушоҳида мерасад. Тағйиротҳои

мазкур хангоми табоати беморон бояд ба инобат гирифта шаванд.

Ашуров Р.Д., Набиева Ш.З.

ИЗУЧЕНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ДЕТЕЙ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Цель исследования. Изучение состояния перекисного окисления липидов у детей при эпилепсии.

Материал и метод исследования. Проведен анализ результатов обследования у 65 детей поступившие в лечение в остром периоде. Из анамнеза у 36 (55,4%) детей имели место травмы головного мозга различные степени по тяжести. Детей были распределены по возрастам до 3 лет 11 детей, до 7 лет 19 детей до 10 лет 18 детей и 15 лет 21 детей

В обследование детей включены оценки состояния клиничко-биохимических показателей, а также произведены бактериологические исследования крови, мочи, посев из зева, бронхов, кала, определение иммунного статуса.

Изучено перекисное окисление липидов (ПОЛ) с определением малонового диальдегида (МДА), состояние антиоксидантной системы путём определения супероксиддисмутазы (СОД) и содержание аскорбиновой кислоты (АК).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показали, что при поступлении, на фоне приступа эпилепсии отмечалось повышение показателей перекисного окисления липидов и угнетения антиоксидантной системы.

В зависимости от тяжести состояния продолжительности приступа и клиники нарушения дыхания эти показатели увеличились в 1,5 – 2 раза с угнетением антиоксидантной системы.

В остром периоде после купирования приступа в основном проводилась ингаляция с лечебными травами и антигистаминными препаратами на фоне седации препаратами окси бутирата натрия. Наиболее часто в остром периоде эпилептические припадки наблюдаются в течение первых недель, чаще всего на фоне обострения сопутствующие патологии. В исследуемой группе больных 38 (58,46%) детей имели клиники острые респираторные инфекции дыхательной системы на фоне установления эпилепсии.

Несомненно, ведущим в лечении пациентов

с эпилепсией является применение пост травматическое эпилепсия, способствующих достижению стойкой лекарственной ремиссии. В составе комплексной терапии эпилепсии оправдано применение нейропротекторной и антиоксидантов, способствующих повышению жизнеспособности нейронов и нейрональной пластичности, а также усиливающих метаболическую активность нейронов. Это особенно важно при лечении эпилепсии травматического генеза. Нами в клинические практики, в комплексное лечение добавлении мексидола больным с пост травматическое эпилепсия проявляется его способность урезать и облегчать эпилепсии, нормализуя картину ЭЭГ. Было также отмечено, что мексидола позитивно влияет на вегетативное обеспечение, иммунологическую реактивность и психологическое состояние пациентов. Положительный эффект мексидола при пост травматическое эпилепсия можно объяснить усилением противосудорожной активности применяемых пост травматическое эпилепсия на фоне улучшения энергетического обмена нейронов. Последнее достигается активированием энерго-синтезирующих функций митохондрий. Проведенные исследования подтверждают, что мексидола урезает и облегчает течение эпилепсии у больных пост травматическое эпилепсия, нормализует картину ЭЭГ, позитивно влияет на иммунологическую реактивность.

Таким образом, результаты исследования, свидетельствующие о том, что антиоксидант обладает отчетливым противозепилептическим действием при парциальных, вторично-генерализованных приступах, а также оказывает положительное влияние на фокальную эпилептиформную активность, связанную с очаговым органическим поражением головного мозга. Доказана эффективность антиоксидант, обладающего комбинированным механизмом действия, обусловленным противозепилептическим, антигипоксическим и антиоксидантным действием в комплексном лечении различных эпилептических синдромов.

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ И ФАКТОРОВ ВЛИЯЮЩИЕ НА ИХ РАЗВИТИЯ

Целью нашего исследования. Определение основных факторов влияющие на рост септические осложнения, с целью разработки алгоритма определения степени риска родоразрешения.

Материалы и методы. Нами проанализированы данные истории болезней 124 пациентки повышенного инфекционного риска, род разрешённых абдоминальным путем в Род №1, 2 в 2019 – 2020 гг., которым проводилась общепринятая профилактика послеоперационных септических осложнений.

Учитывались следующие факторы риска:

- низкий социально- экономический статус, обуславливающий нерациональное питание, недостаточный уровень обследования и лечения; возраст женщин более 35 и менее 20 лет;
- исходные соматические заболевания (с учетом степени тяжести), такие как сахарный диабет, артериальная гипертензия, ожирение, коллагеновые сосудистые заболевания;
- наличие в организме женщины очагов хронической инфекции, прежде всего, в органах дыхания и мочевыводящих путях;
- гинекологические заболевания, среди которых особое место занимают воспалительные заболевания женских половых органов и бесплодие;
- течение и исходы предыдущих беременностей, а также течение настоящей беременности;
- факторы, реализующиеся в родах и во время операции кесарева сечения.

Возраст пациенток данной группы колебался от 19 до 39 лет, составляя в среднем $26,86 \pm 1,97$ л. В основном группу вошли служащие - 64 женщин, из них работающие 21 беременных женщин, студентки - 13 беременных, домохозяйки - 30 женщины. В контрольное группы вошли 60 беременных из них работающие 19 беременных женщин, студентки - 15 беременных, домохозяйки - 26 женщины. Нормальный менструальный цикл был у 65,9% беременных. Исследуемая беременность была первой у 31-ти женщин, первые роды предстояли 51 беременным. В анамнезе пациенток выявлено искусственное прерывание беременности на ранних сроках, как по социальным, так и по медицинским показаниям, причем у пяти пациенток данной группы после абортный период осложнился эндометритом. Кроме того, у беременных группы зафиксированы самопроизволь-

ные выкидыши, неразвивающаяся беременность, внематочная беременность.

Предыдущие беременности и роды осложнялись анемией, угрозой прерывания, поздним гестозом. Более редкими осложнениями являлись токсикоз первой половины беременности и преждевременная отслойка плаценты. В родах диагностировались слабость родовой деятельности, гипотоническое кровотечение. У 21 обследованной женщины предыдущие роды закончились операцией кесарево сечение, причем у пяти из них послеоперационный период осложнился эндометритом. Преждевременные роды были в анамнезе девяти пациенток.

Наиболее часто в анамнезе женщин исследуемой группы встречался хронический сальпингоофорит (29 случаев), эрозия шейки матки (29 пациенток), первичное и вторичное бесплодие разного генеза отмечено у 21 обследованных, кисты яичников встречались в 4 наблюдениях, беременность протекала на фоне фибромиомы матки у 4-х пациенток.

Соматически здоровыми в данной группе считали себя лишь 7 пациенток. Большая часть (92,31%) обследованных женщин перенесли различные инфекции в детском возрасте. Хронические и острые заболевания ЛОР - органов 32 беременных, неспецифические заболевания органов дыхания зарегистрированы в 16-ти наблюдениях. Патология мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, хронический цистит, нефроптоз и пр.) зафиксированы у 21 пациентки (23,08%). Кроме того, выявлена патология сердечно-сосудистой системы, ожирение, болезни органов пищеварения.

У пациенток группы анализировались показатели лабораторных исследований - общеклинического анализа крови, биохимического анализа крови, степень чистоты влагалища, иммунограмма.

Результаты исследования и их обсуждение. У большинства родильниц контрольной группы (89,01%) послеоперационный период протекал без осложнений. Однако у десяти пациенток исследуемой группы были диагностированы: в пяти случаях (5,49%) - лохиометра, у двух родильниц (2,2%) произошло частичное расхождение швов на передней брюшной стенке, раннее послеродо-

вое кровотечение диагностировано в двух случаях (2,2%) у пациенток с оперированной маткой и у одной пациентки (1,1%) с варикозной болезнью после родоразрешения был выявлен тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей.

При анализе данных исследования выделено 95 прямых и косвенных факторов риска развития септических послеродовых осложнений, среди которых наибольшее значение принадлежит следующим:

- соматические заболевания, приводящие к энд токсемии, нарушению микроциркуляции и гипоксии;

- очаги хронической инфекции в организме, особенно при ее реактивации во время беременности;

- анемия беременных; - гестоз;

- осложнения беременности, связанные с исходным инфицированием, такие как: угроза преждевременного прерывания, и стойко-цервикальная недостаточность, фетоплацентарная недостаточность, многоводие.

И особенно важны факторы, реализующиеся непосредственно в родах или при оперативном родоразрешении: несвоевременный разрыв плодных оболочек, длительное течение родового акта, высокая частота влагалищных исследований

в родах, инвазивные методы оценки состояния плода, патологическая кровопотеря в родах, характер используемого шовного материала, техника оперативного вмешательства. Послеоперационные осложнения чаще развиваются при экстренной операции, при повторном кесаревом сечении, при таких погрешностях операции, как: переход разреза в разрыв, травматизация маточных артерий, повреждение органов брюшной полости и малого таза с развитием массивной кровопотери и удлинением времени оперативного вмешательства.

Таким образом, разработанная алгоритм учитывающая влияние всех, основные факторы риска позволяет построить комплексный мероприятие определения степени септического риска после хирургические вмешательства при беременности.

В связи с расширением показаний к кесареву сечению в настоящее время остро стоит вопрос об объеме профилактических мероприятий при этой операции с целью предупреждения гнойно-септических осложнений.

Использование инструментальной системы оценки риска возникновения гнойно-септических осложнений после родов позволит оптимизировать назначение антибактериальных препаратов и улучшить качество медицинской помощи родильницам.

Бахадуров Х.Ф., Набиев З.Н., Гафорова С.М.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК НА ФОНЕ ТЯЖЁЛОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Цель исследования. Изучить особенности течения ОПП у больных детей с тяжелой амбулаторной пневмонией, диагностики и лечения.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 56 случаев смерти от тяжелое пневмония из которых около 45% составляли мальчики, 55% — девочки), поступивших в отделение детского возраста для бронхолегочное патологии НМЦРТ Шифобахш г Душанбе за период 2020-2021 гг. Средний возраст пациентов составил 5,18 года. Всего за этот период в отделении лечилось 576 больных с пневмониями, летальность, таким образом, составила 3,59%. Посуточная летальность составила 17,5%, до 5 суток — 52,5%, до 10 суток — 23,5%. Время пребывания больного на амбулаторном лечении до госпитализации в среднем составляло 6,2 суток, колебалось от 4 до 10 суток. У всех пациентов заболевание начиналось как острое респираторное (повышение тем-

пературы тела от 38 до 40 °С, кашель, слабость), затем присоединялась и нарастала одышка.

Результаты и их обсуждение. Результаты нашего исследования в зависимости от исследуемой группы больных показало, что при тяжелое течение амбулаторные пневмония частота повреждение почек встречается больше всего у детей имеющие сопутствующие патологии. Нами в зависимости от характера и тяжести течения и клиники нарушение функции почек у больных ретроспективные группы были распределены условно на 2 группы: в первую группу вошли детей с тяжелое пневмония сопровождавшие острое повреждение почек 25 больных, во вторую группу вошли 30 детей с тяжелое пневмония без изменения функции почек.

При поступлении сывороточное креатинин находился в пределах нормальных значений у 15 пациентов, у 6 из них развилось ОПП, у 8 больных ОПП констатировано на фоне исходного по-

вышенные сывороточное креатинина («ОПП на ХБП»). У 28 пациентов повышение сывороточное креатинина наблюдалось при поступлении (от 141 до 389 мкмоль/л), из них у 6 уровень сывороточное креатинина быстро снижался до нормальных величин, что позволяет предположить в этих случаях возможность ОПП на догоспитальном этапе. У 15 пациентов уровень сывороточное креатинина оставался повышенным, что могло быть следствием ХБП (МКБ, хронический пиелонефрите). У 9 больных сывороточное креатинина исследован 1 раз в связи с кратковременным пребыванием в стационаре, что не дает возможности судить о причинах повышения показателя.

Больных согласно тяжести ОПП показала, что ОПП 1-й ст. тяжести (нарастание сывороточное креатинина в 1,4—1,8 раза, или более 26,5 мкмоль) диагностировано в 5 случаях, 2-й ст. тяжести — у 6 пациентов (увеличение сывороточное креатинина в 2—2,9 раза), 3-й ст. (увеличение креатинина в 3 раза, или более 353,6 мкмоль) — у 4 пациентов. У 3 больных креатинина был выше 353,6 мкмоль/л (383; 359; 767,8 мкмоль/л).

Изменений в общем анализе мочи не обнаружено у 2 пациентов. У всех остальных протеинурия колебалась от 0,07 до 0,91 г/л, в одном случае протеинурия составляла 3,6 г/л (пациентка с ОПП). В осадке мочи отмечены гиалиновые и зернистые цилиндры, почечный эпителий, у 9 пациентов гематурия от 20—25 измененных эритроцитов в поле зрения до целого поля зрения, из них у 4 больных с ОПП.

У больных с ОПП в общем анализе крови количество тромбоцитов оказалось достоверно сниженным по сравнению с показателями 2-й группы, различия в количестве лейкоцитов и эритроцитов недостоверны, имеется тенденция к лейкопении у больных с ОПП. Уровень АСТ и АЛТ в крови был достоверно повышенным у пациентов с ОПП по сравнению с нормальными показателями и с показателями 2-й группы, причем у 4 пациентов эти показатели превышали нормальные более чем в 10 раз, у остальных в 1-й группе (61,53% больных) уровень АСТ был повышен в 5,45 раза по сравнению с нормой. Во 2-й группе умеренное повышение уровня АЛТ и АСТ (в 4,3 и 4,87 раза) отмечено у 47% больных. Исходный уровень креатинина и мочевины был более высоким у больных во 2-й группе, однако различия недостоверны. При развитии ОПП показатели креатинина достоверно превышал исходные данными. Анализ исследование показало, что при ОПП наблюдается более

значительный разброс показателей уровня мочевины в крови.

Разброс величин уровня креатинина более выражен в группе тяжелое внутрибольничная пневмония до развития ОПП, при развитии ОПП разброс показателей креатинина был менее выражен. Такие же тенденции характерны для показателей АСТ у пациентов 2-й группы: повышение уровня АСТ в 5,45 раза.

При проведении корреляционного анализа достоверная зависимость обнаружена у следующих показателей: в 1-й группе имеется прямая зависимость уровня мочевины в крови и количества лейкоцитов периферической крови ($Y = 0,564$, $p < 0,05$), а также прямая зависимость уровня сывороточное креатинина при развитии ОПП от исходного уровня этого показателя ($Y = 0,723$; $p < 0,05$). Во 2-й группе обратная корреляционная зависимость обнаружена между уровнем мочевины в крови и количеством тромбоцитов в периферической крови ($Y = -0,560$, $p < 0,05$), прямая зависимость между креатинина и АСТ ($Y = 0,452$, $p < 0,05$), количеством эритроцитов в периферической крови и уровнем белка в крови ($Y = 0,471$, $p < 0,05$). Проведенное исследование подтверждает высокую частоту ОПП при тяжелое внутрибольничная пневмония (32,5% от общего количества умерших), холестаз как признак поражения печени при ПОД выявлен всего в 16,6% случаев, из них у 5 пациентов 2-й группы. Быстрое снижение уровня исходно повышенного креатинина отмечено еще у 5 пациентов, что позволяет предположить у них развитие ОПП на догоспитальном этапе. Возраст, пол, течение пневмонии, амбулаторное лечение и терапия в стационаре, распространенность инфильтрации легочной ткани, сопутствующая патология были одинаковыми в группе пациентов с ОПП (1-я группа) и без ОПП (2-я группа).

Таким образом, ОПП является актуальной проблемой здравоохранения, решению которой будет способствовать повышение информированности врачей о важности мониторингования уровня сывороточного креатинина, объема выделяемой мочи у пациентов с высоким риском развития острого повреждения почек.

Развитие ОПП на фоне тяжелой амбулаторной пневмонии связано с полиорганной дисфункцией, гиперметаболическим синдромом и может служить предиктором неблагоприятного исхода. Особенности ОПП с тяжелой амбулаторной пневмонии это тромбоцитопения, гипопроteinемия,

значительное повышение уровней АЛТ и АСТ, выраженность которых свидетельствует о тяжести

полиорганным дисфункции, гиперметаболическим синдром, гипоксии тканей.

¹Каримов С.С., ²Кадамов Д.С., ³Рузиев М.М.

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИМАТА НА ПЕРЕНОСЧИКОВ МАЛЯРИИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

¹Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али Ибни Сино, ²Институт зоологии и паразитологии им. Е.Н. Павловского,

³ГУ Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины

Цель исследования. Оценка влияние изменения климата на переносчиков малярии в Таджикистане.

Материал и методы исследования. Проведены анализ данных по малярии и её переносчикам в Таджикистане за последние 30 лет. Наблюдения за переносчиков проводились по общепринятой методике.

Результаты исследования и их обсуждение. Прямым следствием повышения температуры станет подъем уровня мирового океана. В результате ряд низменностей может быть затоплена, а на морских побережьях и в дельтах рек образуется большое число новых водоемов. Такие условия (в дельтах рек) в Таджикистане окажутся благоприятными для распространения кровососущих комаров. Если произойдет более широкое распространение *An. superpictus*, то, безусловно, возрастет риск распространения трехдневной и тропической (*P.vivax* и *P.falciparum*) малярии.

Наибольшее влияние изменения климата должно проявиться в предгорных и горных местностях при появлении заражённых людей и наличии эффективных переносчиков. Отсутствие условия для передачи малярии на территории востока Горно-бадахшанской Автономной области (ГБАО) сдерживается низкими температурами и отсутствием переносчиков, но при потеплении климата высотная граница распространения переносчиков может переместиться на большие высоты над уровнем моря.

При составлении прогнозов изменения распространения комаров вследствие возможного изменения климата следует учитывать большое число других факторов, кроме температуры. Немаловажную роль играют антропогенные изменения территории. Например, более широкое распространение *An. superpictus* на территории Таджикистана и нарастание численности *An. pulcherrimus* в равнинных зонах республики вследствие рисо-

вания создало благоприятные условия для местной передачи тропической малярии в конце 90-х годов прошлого столетия.

Массовый приток сезонных рабочих на освоенные территории способствует эпидемическому распространению болезней, передаваемых через комаров, особенно малярии. В отличие от местного населения сезонные рабочие живут во временных укрытиях (в палатках, под тентами), более подвержены нападению переносчиков, поэтому заболеваемость малярией среди сезонных рабочих значительно выше, чем среди местных жителей.

Ветер является одним из способствующих факторов в распространении комаров. Достоверно показано, что ветер способен переносить комаров на расстояние в 100 – 150 км, а при особенно благоприятных обстоятельства даже на расстояние более 650 км. Поэтому, на территории Таджикистана существует риск залета зараженных спорозитами комаров из Исламского государство Афганистан.

Огромное экологическое значение имеет влияние температуры на водный баланс комара. Это влияние нельзя рассматривать отдельно от других факторов, определяющих водный баланс – от влажности и движения воздуха. В иссушающей атмосфере (низкая относительная влажность, высокая температура) комары комплекса *An. maculipennis* при отсутствии пищи или добычи быстро погибают. Однако комары этого комплекса также погибают при 98-100% относительной влажности. Поэтому даже при установлении температуры, обеспечивающей выживание экзотических видов комаров, причиной сдерживания их проникновения в Европу может стать недостаточная влажность воздуха на фоне повышения температуры.

В настоящее время в связи с поиском заработка возросла тенденция завоза малярии в районные центры и города, где риск местной передачи ниже, чем в сельских населённых пунктах. Поэтому без изменения характера завоза даже при потеплении

климата прогноз в отношении малярии остаётся благоприятным.

Выводы.

Прогноз фаунистического состояния популяций комаров в отношении маляриологической ситуации – задача сложная и ответственная. Она должна быть составной частью программ эпиднадзора за малярией и конечным результатом маляриологического мониторинга. Решение этой задачи требует знания современных методов многофакторного анализа. Прогноз составляют на основа-

нии ретроспективного и оперативного анализа на данной территории. Допускаются два варианта прогноза: благоприятный или ухудшение ситуации по сравнению с исходной.

Эпидемии малярии должны быть предсказаны и предупреждены. Если это невозможно, то они должны быть распознаны достаточно рано, чтобы было время мобилизовать необходимые силы и ресурсы для их подавления на начальной фазе развития.

¹Курбанов С.Х., ¹Юнусов И.А., ²Бегматов Х., ²Набиев М., ²Абдулов М.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАСТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

¹ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

²ГУ НМЦ «Шифобахи»

Цель исследования - оценить результаты хирургической коррекции деформации нижних конечностей у детей с детским церебральным параличом.

Материал и методы исследования. В отделении травматологии и ортопедии ГУ НМЦ «Шифобахи» в период с 2016 по 2021 год было прооперировано 36 пациентов с детским церебральным параличом в возрасте от 6 до 16 лет (24 мальчика и 12 девочек) с различными формами деформации нижних конечностей. Проводимое оперативное лечение было направлено на улучшение деформаций с целью улучшения статико-динамической функции нижних конечностей. Хирургические вмешательства заключались в выполнении миотомии аддукторов, тенотомии сгибателей голени, удлинения ахиллова сухожилия. В послеоперационном периоде пациенты получали медикаментозную терапию и физиотерапевтические процедуры. Обязательным компонентом реабилитации составлял лечебная физкультура, которая проводилась ежедневно по 25-30 мин.

Результаты и их обсуждение. Из 36 пациен-

тов осложнений в виде рецидивов отмечено у 6, в том числе у 3 больных с эквинусной деформацией, у 2 – с эквино-варусной. у 1 – с пяточной деформацией). Анализ результатов лечения показал, что одной из причин рецидива эквинусной деформации стопы является, наряду с известным фактом гиперспастичности трехглавой мышцы голени, недооценка состояния мышц-антагонистов m. triceps sure. Кроме того, неудовлетворительные результаты лечения связаны с переудлинением ахиллова сухожилия, что приводит к формированию пяточной деформации стопы.

Заключение. Для улучшения результатов хирургического лечения паралитических деформации нижних конечностей необходимо индивидуальный подход к больному, взвешенное отношение к результатам обследования для определения оптимальной тактики оперативного вмешательства. Не устранение дисконгруэнтности в суставах стопы и остаточных элементов деформации приводит к ее рецидивированию и прогрессированию и, как следствие, к повторным оперативным вмешательствам и увеличению сроков реабилитации пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: Улучшение результатов лечения врожденной косолапости у детей младшего возраста путем формирования индивидуальной программы лечения для каждого пациента с использованием средств реабилитации.

Материал и методы исследования. В детском ортопедическом отделении ГУ НМЦ «Шифобахш» и в лечебно-диагностическом центре ТГМУ с 2012 по 2022 проведено лечение 86 больных с врожденной косолапостью в возрасте от 10 дней до 3 лет. Из них было 50 (55,5%) мальчиков и 36 (44,5%) девочек. Консервативную коррекцию гипсовыми повязками проводили методами по Виленскому и Понсети, а также сочетанием обеих методик. Гипсование по Виленскому проведено 23 пациентам. Метод лечения косолапости по Понсети является стандартом консервативного лечения детей в США и многих странах Европы, эффективность которой составляет 90%. С 2012 года мы впервые в республике начали проводить консервативный метод лечения по Понсети, которым были пролечены 53 пациентов с первого месяца жизни. У 2 детей проводили лечение, сочетая два эти метода.

После выведения стоп с помощью гипсовых повязок и гиперкоррекцию мы включали различные средства реабилитации: лечебную гимнастику, массаж, физиотерапию, тьютора, брейсы и ортопедическую обувь.

В проведении реабилитационных мероприятий необходима помощь родителей, которые выполняют с детьми лечебную гимнастику с элементами массажа в домашних условиях.

Лечебная гимнастика начинается в шадящем режиме и направлена на удержание стоп в правильном положении, тренировку наружной группы мышц голени. Все упражнения проводятся мягко, чтобы ребенок не чувствовал боли. Хорошие результаты даёт проведение лечебных упражнений после тепловых процедур – парафин-озокеритовых аппликаций на голеностопный сустав и заднюю группу мышц голени.

Для растяжения пяточного сухожилия и упражнения подошвенного сгибания стопы проводят следующее упражнение: ребенок лежит на

спине с согнутыми тазобедренным и коленным суставами; одной рукой фиксируем голень ребёнка в области лодыжки, другой необходимо захватить стопу так, чтобы ладонь упиралась в подошву, и осторожно сгибаем стопу в тыльную сторону с давлением на её наружный край. Фиксируем голеностопный сустав и мягко производим выпрямляющие движения, отводя передний отдел стопы кнаружи.

Элементы массажа надо проводить по следующей специальной методике: одной рукой фиксируют голень ребёнку, другой рукой по наружной и передней поверхности голени и стопы, где мышцы слабые и растянутые, проводят тонизирующий массаж, добиваясь эффекта активного разгибания стопы. Принимают растирание и разминание.

Для внутренней и задней поверхности, где отмечается повышенный тонус мышц, делается расслабляющий массаж с применением поглаживания.

На фоне лечебного массажа и гимнастики делается общеукрепляющий массаж, соответствующий возрасту ребёнка. Массаж и гимнастику рекомендуются проводить родителями 3-4 раза в день.

После снятия гипса применяются протезы - ортопедическое изготовление которых предназначено для фиксации стопы в правильном положении во время сна до 2-3 лет.

Брейсы являются неотъемлемой частью лечения косолапости по Понсети. После окончания гипсования ребёнок должен носить фиксатор, предусматривающий положение стоп с разворотом на 70° для откорректированной стопы и 40° для здоровой стопы. Фиксатор представляет собой шину с прикрепленными ботинками. При этом важен режим их ношение. Первые три месяца после окончания гипсования ребёнок должен носить фиксатор 23ч в сутки затем время сокращается до 14-16ч в сутки и позже только на ночной сон. Фиксатор должен применяться до достижения ребёнком возраста 3-5 лет по некоторым данным до 5 лет. Немаловажным является ношение антиварусной обуви.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов лечения выявил хорошие и удовлетворительные результаты у 84 (94,4%) пациентов.

Наиболее частой причиной рецидива является несоблюдение режима нахождения в брейсах и неудовлетворительное качество фиксации в брейсах после тенотомии. При выполнении всех предписаний врача причиной, вызывающей рецидив, может быть дисбаланс мышц, в частности особенности прикрепления сухожилия передней большеберцовой мышцы. В таких случаях (6) мы производили транспозицию сухожилий передней большеберцо-

вой мышцы к наружному отделу стопы.

Заключение. Учитывая данные проведенного нами исследования, мы пришли к выводу: основным эффективным методом лечения врожденной косолапости у детей первых месяцев жизни является ношение гипсовых повязок по методу Понсети с последующей реабилитацией. В подавляющем числе случаев предложенный метод дает положительный результат.

Мадаминова З.А., Хайталиева Н.Р., Умарова М.Н.

АНАЛИЗ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ОКОЛОГИЧЕСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ

Цель исследования: изучить статистику злокачественных опухолей костей у детей в условиях детского отделения ГУ РОНЦ РТ.

Материал и методы: За 2016-2018 годы зарегистрировано 33 (100%) первично выявленных больных со злокачественными опухолями костей, из которых 20 (60,6%) детей были с остеосаркомой, 12 (36,4%) с саркомой Юинга и 1 (3%) больной ребенок с хондросаркомой. Из них 21 (67,6%) мальчики, 12 (32,4%) девочки, возраст которых колебался от 3 до 16 лет. 60% этих детей поступали в травматологические отделения по месту жительства после полученной травмы. После произведенных рентгенологических исследований больные были направлены в РОНЦ. При поступлении в онкологический центр детям было проведено полное обследование по протоколам.

Результат исследования и их обсуждение. Из 33 (100%) больных детей 20 (60,6%) поступили со II стадией, 1 (3%) с III стадией, 12 (36,4) детей с IV стадией. Родители 4 (12%) больных категорически отказались от всех видов обследования,

диагноз был поставлен рентгенологически. 5 (15%) больных после биопсии и морфологического подтверждения диагноза отказались от предложенного лечения. 24 (73%) больных детей получили лечение: неадекватная ПХТ, операция (ампутация и экзартикуляция) и адекватная ПХТ. Из них пяти больным, учитывая распадающую опухоль, были проведены операции: ампутация конечностей с санитарной целью. До настоящего времени 5 пациентов из этой группы больных продолжают получать лечение, 6 больных находятся на динамическом наблюдении в течении двух лет, из них у 4 (67%) больных отмечаются метастазы в легких. Судьба 9 больных не известна и 13 больных детей погибли от генерализации процесса.

Вывод: Анализ лечения злокачественных опухолей костей показал, что, лечение данной патологии требует комплексного подхода и в большинстве случаев заканчивается калечащими операциями, так как большинство больных поступают с распадающимися опухолями.

Мадаминова З.А., Умарова М.Н., Хайталиева Н.Р.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» РТ.

Цель исследования: изучить проблемы оказания паллиативной помощи детям в РТ.

Материал и методы: За 2018-2020 годы зарегистрировано 424 случая первично выявленных

больных, из которых 73 (100%) больных были с IV стадией IV клинической группой. Из которых 49 (67,2%) мальчиков, 24 (32,8%) девочек, возраст колебался от 3 дней до 18 лет. 60% этих детей состоят

в категории малоимущих семей, что приводило к поздней обращаемости родителей ребенка за медицинской помощью в медучреждения по месту жительства. При поступлении в онкологический центр детям было проведено полное обследование по протоколам.

Результат исследования и их обсуждение. Из 73 (100%) больных детей только 42 (57,5%) больным была возможность проведения паллиативной монокимиотерапии, что приводило к снижению болевого синдрома и улучшению общего состояния ребенка. Пяти больным со злокачественными опухолями костей были проведены операции ампутация конечностей с санитарной целью, одному ребенку наложена трахеостома. Остальным 26 (35,6%) больным, учитывая тяжесть состояния, проведена симптоматическая терапия (противоболевая, общеукрепляющая и гормонотерапия). До настоящего времени 25 пациентов из этой группы больных продолжают получать поддерживающую

терапию. Из них 16- получают симптоматическое лечение на дому, 32 больных детей погибли от генерализации процесса.

Вывод: Проблема паллиативной помощи в РТ является актуальной. Это связано с отсутствием хосписов в районах и городах Таджикистана. Всех больных детей, нуждающихся в паллиативной помощи, врачи вынуждены госпитализировать в отделения, где дети с нераспространенными опухолевыми процессами получают протокольное лечение. Учитывая тяжесть состояния детей с запущенными стадиями необходимо предложить комплексную модель паллиативной помощи, которая будет продолжаться на протяжении всей болезни, независимо от результата. Необходимо что бы все педиатры и врачи узкого профиля могли иметь представление о паллиативной помощи детям для оказания её по месту жительства, и обеспечить интенсивное купирование болевого синдрома больным детям с терминальными состояниями.

Рахматова Р.А., Исмаилов С.С.

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Цель исследования. Улучшить результаты комплексное лечение у детей закрытые повреждения почек

Материалы и методы. За последние 10 лет в клиниках НМЦРТ под наблюдением находились 76 детей с травмой почек в возрасте от 3 до 17 лет. Мальчиков было значительно больше девочек соответственно 39 (76%) и 23 (24%). Основным механизмом закрытой травмы почки было прямое воздействие извне: удар в область живота и поясничную область — у 42 детей, падение тяжелых предметов на ребенка — у 9, падение с высоты — у 16 детей, ДТП у 9 детей. Наиболее часто травме были подвержены дети старшего возраста (85%), реже — до школьного (15%). Изолированную травму почки имел 27 ребенок (мальчиков — 17, девочек 12). Сочетанная травма почек была у 35 детей (46%). Пострадавших детей были госпитализированы в 1-е сутки, 48 (87%) из них — в первые 6 часов после полученной травмы. На 2-е сутки поступили 17 (30%) детей, на 3-е сутки — 4 (7%) ребенка. Главный клинический признак травмы почек — гематурия. В то же время степень гематурии не всегда является величиной прямо пропорциональной степени травмы почки. Тщательно собранный анамнез, всестороннее обследование ребенка, включая центральную нерв-

ную систему, органы грудной и брюшной полости, полости малого таза, гемодинамические показатели, выраженность припухлости в проекции почки позволяют оценить клинически тяжесть травмы почки. Из 76 детей с закрытой травмой почки у 23 диагностирован ушиб почки, у 14 — травма почки с субкапсулярной гематомой, у 16 — травма почки с разрывом капсулы и паранефральной уро гематомой. Тяжел почеч с повреждением чашечно-лоханочной системы имел место у 21 ребенка. У 2 детей обнаружен разрыв гидронефротически измененной почки. Повреждения почки сочетались с травмами других органов и систем у 35 детей. Чаще всего сочетание травмы почки имело место с черепно-мозговой травмой.

Результаты и их обсуждение из 76 пациентов с травмой почки консервативно лечили 49 (64,4%) детей с ушибами почки, субкапсулярных гематомой, разрывом капсулы и паранефральной уро гематомой, проводили общепринятое лечение, включая покой, гемостатическую терапию, антибиотики, рассасывающую терапию. В сроки от 2 до 16 лет обследованы 28 (57,1%) детей, у 9 (32,1%) обнаружены осложнения. Из них пиелозктазия выявлена у 6 человек, деформация чашечно-лоханочной системы — у 2, пиелонефрит — у 7, почечная гипертензия — у 2 детей. Среди

пациентов, с выявленными осложнениями в отдаленном периоде после консервативного лечения, были дети с травмой почки с разрывом капсулы и паранефральной уро гематомой. Были оперированы 27 (35,5%) детей (табл. 2). У 9 пациентов произведено ушивание почки, у 3 — удален верхний полюс почки, у 3 — нижний полюс, 7 детям произведена двухэтапная органосохраняющая операция, нефрэктомии проведена 5 детям (4 — с размождением почки, 1 — с травмой гидронефротически измененной почки). Нами проанализированы протоколы патологоанатомических исследований почек, которые были удалены в районах Запорожской области за 2000–2003 гг. у 6 детей с диагнозом разможения почки. При этом, у 1 ребенка оказались множественные разрывы (от 4 до 8) паренхимы с повреждением лоханки, чашечек и крупных сосудов. Нефрэктомии была абсолютно показана. У 5 детей удаленные после травмы почки оказались менее поврежденными. Имелось 2–3 разрыва, в основном, в радиальном направлении без повреждения крупных сосудов. У 1 ребенка имелся отрыв нижнего, и у 1 — верхнего полюса почки. С 2000 г. в клинике детской хирургии детям с так называемым диагнозом разможения почек

нами производится двухэтапная органосохраняющая операция. На I этапе при поступлении после травмы предпринимались необходимые реанимационные мероприятия и оперативное вмешательство. В случаях сомнения в жизнеспособности почки производили тщательный гемостаз, забрюшинное пространство дренировали и рану зашивали. На II этапе, через 4–5 дней, когда стабилизировалось общее состояние, производили релюботомию, удаляли некротизированные ткани почки. Оставшуюся жизнеспособную ткань почки ушивали. Чашечно-лоханочную систему и паранефральной пространство дренировали. У 7 детей с диагнозом разможения почки нами была произведена двухэтапная органосохраняющая операция. У всех оперированных детей удалось сохранить поврежденную, так называемую разможенную, почку.

Таким образом, травмы почек с субкапсулярных разрывом и околопочечной уро гематомой должны быть оперированы в целях профилактики тяжелых осложнений в отдаленном периоде. В неясных случаях у детей с диагнозом разможения почки операцией выбора может быть двухэтапная органосохраняющая операция.

Рахматова Р.А., Зоиров С.Р., Аминов. Р.С.

АНЕСТЕЗИЯ НА ОСНОВЕ ПРОПОФОЛА С ИЗУЧЕНИЕМ ССОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПОРОКЕ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

ГУ “Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии”

Цель работы: Изучение анестезия на основе пропофола с изучением ссостояние центральной и периферической гемодинамики у детей с врожденной расщелиной неба при проведении уранопластике.

Материал и методы исследование. В отделение детской челюстно-лицевой хирургии НМЦРТ за период 2018-2020гг. поступили и получили лечение 85 ребенок раннего возраста. Новорожденных 28 (20,4%), с 1 мес. до 1 года 40 (45,1%), от 1 года до 2 лет 43 (34,5%).

Проведён анализ результатов обследования, и лечения 112 больных с двусторонними расщелинами губы, альвеолярного отростка твёрдого и мягкого нёба. Мальчиков было 45 (53,6%), девочек – 39(46,4%). Возраст пациентов варьировал от новорождённых до 52 лет– 62 (55,9%) больных по поводу двусторонней врождённой расщелины

губы, альвеолярного отростка твёрдого и мягкого нёба;

За период 2018-2020гг. в консультативный кабинет отделения челюстно-лицевой хирургии для детей и подростков Национального медицинского центра Республики Таджикистан обратились:

После интубации трахеи и перевода на ИВЛ при проведении постоянной инфузии пропофола сохранялась потеря всех видов чувствительности, зрачковых реакций на свет, центральная фиксация глазных яблок. Кожные покровы оставались розовыми, мышцы расслаблены. Расход препаратов составил: пропофола- 135 ± 1 , Омг.

Восстановление спонтанного дыхания отмечалось через 5-7 мин. после прекращения инфузии пропофола. Восстановление сознания происходило через 50 ± 10 мин., энтеральное питание становилось возможным через 65 ± 10 мин.

Таблица 1

Изменение показателей центральной гемодинамики на этапах операции при общей анестезии на основе пропофола (в% к исходному, М±т, n= 31)

Показатель	Этапы операции				
	Исходный	После интубации	Травматично	Окончание операции	После экстубации
HR	100,0 ±3,0	90,7 ±5,1*	97,8 ±3,8	93,8 ±3,9	103,3 ±4,2
EF	100,0 ±1,2	97,2 ±0,6*	101,8 ±0,4*	98,3 ±0,8	102,1 ±0,7*
Тгх А	100,0 ±6,1	113,1±5,4*	106,3 ±6,8	116,9±4,3*	87,1 ±6,0*
SV	100,0 ±5,2	88,8 ±6,2	88,7 ±6,4	80,2 ±3,1*	79,3 ±2,8*
CO	100,0 ±2,8	85,7 ±4,1*	100,1 ±2,3	85,7 ±4,0*	92,8 ±3,1*
CI	100,0 ±4,0	81,9 ±5,1*	95,1 ±3,2	81,9 ±4,9*	88,5 ±7,6

* - достоверность различий в сравнении с исходными показателями (p<0,05).

Все больные проходили клинические, антропометрические, фотометрические и рентгенологические методы исследования: осмотр больного, снятие слепков с верхней и нижней челюстей, изготовление диагностических вспомогательных моделей челюстей до и после лечения, введение съёмного ортодонтического аппарата и ортопедической конструкции, ортопантомаграфия, компьютерная томография по показаниям.

Статистическая обработка данных исследования осуществлена с помощью программ Excel и Statistica for Windows.

Результаты и их обсуждение. Частота сердечных сокращений (HR) после интубации достоверно уменьшилась на 9,3% по сравнению с исходным показателем. На травматичном этапе этот показатель не имеет достоверных отличий от исходного уровня. Аналогично этот показатель выглядит и на этапе окончания операции и после экстубации.

Фракция выброса (EF) после интубации достоверно ниже исходного уровня и составила 97,2% исходной величины. На травматичном этапе и после экстубации показатель EF достоверно выше исходного на 1,8 и 2,1%. На этапе окончания операции этот показатель достоверно не отличается

от первоначальной величины (табл. 1).

После интубации показатель амплитуды пульсации аорты (Тгх А) достоверно выше исходного уровня на 13,1%. На травматичном этапе Тгх А не имеет достоверных отличий от исходного уровня, однако в конце операции показатель Тгх А достоверно выше исходного на 16,9%. После экстубации амплитуда пульсации аорты достоверно снизилась от исходного уровня на 22,9%.

Ударный объем сердца (SV) после интубации снизился на 11,2%, а на травматичном этапе на 11,3%, достоверно не отличаясь от исходного уровня. После окончания операции ударный объем сердца достоверно ниже исходного показателя. Эта же картина сохраняется и после экстубации.

Показатель сердечного выброса (CO) достоверно снижается после интубации на 14,3%. На травматичном этапе показатель CO не имеет достоверных отличий от исходного. После окончания операции и экстубации этот показатель достоверно ниже, чем исходный.

После интубации сердечный индекс (СИ) достоверно ниже исходного на 18,1%. На травматичном этапе СИ достоверно не меняется по сравнению с исходным уровнем. Значительное и

Таблица 2

Изменение показателей периферической гемодинамики на этапах операции при общей анестезии на основе пропофола, М±m, n= 31

Показатель	Этапы операции				
	Исходный	После интубации	Травматичн	Окончание операции	После экстубации
СА д	100,0 ±1,1	94,1 ±2,3*	92,2 ±2,8*	93,6 ±2,0*	96,3 ±1,9*
АППС	100,0 ±5,8	73,9 ±6,4*	51,2 ±6,9*	40,9 ±5,8*	59,2 ±4,6*

* - достоверность различий в сравнении с исходными показателями (p<0,05). Исходя из исследований периферической гемодинамики, наиболее изменяемыми показателями явились среднее артериальное давление и общее периферическое сопротивление, связанное, на наш взгляд, за счет пара симпатотонии, вызываемой базовым анестетиком.

достоверное снижение в сравнении с исходным уровнем отмечается по окончании операции. После экстубации сердечный индекс не отличается от исходного.

Исследуя интра операционную периферическую гемодинамику, мы выявили, что среднее артериальное давление на всех этапах исследования достоверно ниже исходного уровня, как и

показатель амплитуды пульсации периферических сосудов (табл. 2).

Вывод. Таким образом, в случае анестезии на основе пропофола наиболее изменяемым оказался показатель СО. Эти изменения на наш взгляд связаны за счет снижения общего периферического сосудистого сопротивления.

Рахматова Р.А., Кодиров А.К., Фатхулов З.К.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКА

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Цель исследования оценить длительность и эффективность послеоперационного обезболивания хирургических вмешательств на органах брюшной полости при различных способах предоперационного введения ксефокама.

Материалы и методы. У 60 детей в возрасте 3–17 лет, обследованных в период с 2018 по 2020 год, выполнено одномоментное сравнительное исследование до и после хирургического вмешательства в объеме ампутации матки в условиях общей анестезии рекофомом с ИВЛ.

Дизайн исследования: В основную группу вошедшие 42-детей за 1 ч до хирургического вмешательства выполнялась инкубация 12 мг ксефокама (лорноксикама) с аутологичными эритроцитами, которые реинфузировали за 15 мин до начала операции (основная группа). Вторую группу контрольная вошли 18 больных детей, сопоставимых по возрасту, 12 мг ксефокама (лорноксикама) вводили внутривенно за 15 мин до начала хирургического вмешательства. Интра- и послеоперационная инфузионная терапия проводилась всем обследованным однотипно: ГЭК 130/04 — 500 мл и 0,9% раствор хлорида натрия — 500 мл. При назначении ксефокама (лорноксикама) учитывали противопоказания общие для всех НПВС.

Получение аутологичных эритроцитов проводили путем спонтанного осаждения крови в присутствии антикоагулянта [5]. После удаления плазмы в аутоэритромассу добавляли 1,0 мл 1% раствора АТФ и 16 мг ксефокама (лорноксикама), полученную смесь инкубировали при температуре 37°C в течение 30 мин.

Субъективную оценку анальгетического эффекта сравниваемых способов введения ксефокама (лорноксикама) проводили по 10-балльной линей-

ной визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Адекватность профилактики послеоперационной боли определяли по уровню гликемии и содержанию в плазме кортизола (К), Концентрацию кортизола выражали в нмоль/л. Влияние НПВС на тромбоцитарное звено системы гемостаза оценивали фотометрическим методом по АДФ — индуцированной агрегации тромбоцитов с графической регистрацией процесса по Born G.V.R. [1]. Кроме того, оценивали динамику частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического (АД_с) и диастолического (АД_д) артериального давления. Все исследования выполняли до операции (I этап исследования), через 6 ч после операции (II этап исследования) и через 12 ч после операции (III этап исследования).

Статистическая обработка результатов исследования выполнена в среде «Statistica-6» методом парных сравнений. Проверка нормальности распределения исследуемых количественных показателей в группах проводилась критерием согласия Колмогорова-Смирнова. При отличии от нормального достоверность различий исследуемых зависимых числовых показателей проверяли с помощью W-критерия Вилкоксона. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Для каждой выборки вычисляли среднее значение признака X и среднюю ошибку средней величины m . Относительную величину, характеризующую структуру совокупности, рассчитывали в процентах как отношение объема части совокупности к абсолютной величине всей совокупности.

Результаты исследования. На I этапе исследования в основной и контрольной группах болевой синдром отсутствовал. Уровень К в основной группе обследованных составил $408,6 \pm 34,3$

нмоль/л, а в контрольной — $418,2 \pm 29,3$ нмоль/л ($p > 0,05$). До операции максимальная агрегационная активность тромбоцитов в основной и контрольной группах составляла $61,69 \pm 2,55$ и $62,09 \pm 2,14\%$ соответственно ($p > 0,05$). Показатели центральной гемодинамики существенно не отличались: в контрольной группе ЧСС составила $80,18 \pm 1,85$ уд./мин, АД_с — $110,75 \pm 1,83$ мм рт. ст., АД_д — $71,12 \pm 1,4$ мм рт. ст. В основной группе ЧСС соответствовала $79,86 \pm 1,69$ уд./мин ($p > 0,05$), АД_с — $107,73 \pm 1,15$ мм рт. ст. ($p > 0,05$), АД_д — $74,4 \pm 1,92$ мм рт. ст. ($p > 0,05$). Уровень гликемии в основной и контрольной группах составил $4,7 \pm 0,08$ и $4,8 \pm 0,08$ ммоль/л соответственно ($p > 0,05$).

Через 6 ч после операции выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ в основной группе составила $2,84 \pm 0,22$ балла против $7,49 \pm 0,39$ балла в контрольной ($p < 0,001$). Содержание К в плазме у больных контрольной группы определялось на уровне $778,4 \pm 20,6$ нмоль/л, а в основной группе — $439,4 \pm 19,3$ нмоль/л ($p < 0,05$). Уровень гликемии в основной группе составил $4,6 \pm 0,06$ ммоль/л, а в контрольной — $7,1 \pm 0,11$ ммоль/л ($p < 0,001$). Показатели центральной гемодинамики также имели существенные различия: в контрольной группе отмечался рост ЧСС на $11,5\%$ ($p < 0,001$), увеличение АД_с на $18,7\%$ ($p < 0,001$) и АД_д на $5,1\%$ ($p < 0,05$), по сравнению с основной. После внутримышечного введения 1 мл 2% раствора промедола пациенткам контрольной группы показатель ВАШ составил $3,69 \pm 0,21$ балла, а показатели гемодинамики достоверно не отличались от предоперационных значений. Больным основной группы опиоиды не вводились. Наряду с этим, через 6 ч после операции выявлено снижение максимальной агрегационной активности тромбоцитов на $18,6\%$ ($p < 0,05$) в контрольной группе и на $9,2\%$ — в основной ($p > 0,05$), по сравнению с дооперационными значениями.

Через 12 ч после операции показатели ВАШ в основной и контрольной группах составили $3,02 \pm 0,11$ и $7,24 \pm 0,47$ балла соответственно ($p < 0,05$). Уровень гликемии в основной группе — $4,9 \pm 0,07$ ммоль/л, а в контрольной — $7,4 \pm 0,06$ ммоль/л ($p < 0,001$). Содержание в плазме кортизола в основной группе составило $422,6 \pm 40,9$ нмоль/л, а в контрольной — $740,1 \pm 33,1$ нмоль/л ($p < 0,05$). Показатели максимальной агрегационной актив-

ности тромбоцитов в контрольной группе были снижены на $10,8\%$ ($p < 0,05$) от предоперационных значений. При этом достоверных различий максимальной агрегационной активности тромбоцитов у больных основной группы до и через 12 ч после операции не выявлено. Показатели гемодинамики в основной группе составили: ЧСС — $79,93 \pm 0,99$ уд./мин против $92,25 \pm 0,92$ уд./мин в контрольной ($p < 0,001$); АД_с — $100,56 \pm 1,82$ мм рт. ст. против $123,56 \pm 1,2$ мм рт. ст. в контрольной ($p < 0,001$); АД_д — $65,18 \pm 1,29$ мм рт. ст. против $76,37 \pm 1,14$ мм рт. ст. в контрольной ($p < 0,001$).

Реакция гемодинамики, уровень стресс-реализующего гормона и гликемии у женщин контрольной группы через 12 ч после операции определили показания для внутримышечного введения 1 мл 2% раствора промедола с целью купирования болевого синдрома. Больным основной группы наркотические анальгетики не назначались.

Анализ длительности анальгетического эффекта ксефокама (лорноксикама) показал, что необходимость повторного введения НВПС в контрольной группе составила $5,9 \pm 0,06$ ч после окончания операции, а в основной группе — через $11,29 \pm 0,09$ ч ($p < 0,001$). Среднее количество вводимого ксефокама (лорноксикама) в первые сутки после операции в исследуемых группах также существенно отличалось: в основной группе суточная доза препарата составила — 24 мг, а в контрольной — 32 мг ($p < 0,05$). За время пребывания в палате отделения реанимации и интенсивной терапии суммарная доза применения ксефокама (лорноксикама) в контрольной группе была достоверно выше, чем в основной, на 25% ($p < 0,05$). При этом длительность применения ксефокама с целью обезболивания в контрольной группе составила $3,52 \pm 0,15$ дней, а в основной — $2,61 \pm 0,21$ дня ($p < 0,05$).

Таким образом, предоперационная внутривенная реинфузия аутологических эритроцитов, инкубированных с 16 мг ксефокама (лорноксикама), обеспечивает более длительную профилактику послеоперационного болевого синдрома, по сравнению с внутривенным введением препарата до операции. Внутривенное введение ксефокама, в качестве анальгезии существенно сокращает расходы на создание безболевого комфорта для больного.

РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РАЗВИТИИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ

Таджикский НИИ профилактической медицины МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости реактивных артритов вследствие инфекций мочеполового тракта, связанных с возбудителями, передающихся при половых контактах, в условиях нашей республики.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 92 пациента в возрасте от 20 до 35 лет, из которых 67,3% составили лица мужского и 32,7% женского пола. Лабораторная диагностика осуществлялась серологически с использованием метода иммуноферментного анализа (ИФА). Определяли в пробах сыворотки крови больных содержание специфических антител класса иммуноглобулинов «М» и «G» к возбудителям: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*. Кроме того проводилось общеклиническое обследование (биохимические анализы крови, определение активности процесса), рентгенография пораженных суставов.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты проведенного исследования показали наличие специфических антител у 58 обследованных пациентов, что составило 63%, из которых 34,5% составил удельный вес смешанной инфекции. Частота выявления хламидиоза составила 28,5%. Среди инфицированных 49 человек (79%) представлены лицами мужского пола в возрасте от 20 до 30 лет. Инфицированные женщины составили 43,1% (25 человек). Клинические симптомы реактивного артрита выявлены, в основном, у

пациентов с сочетанной инфекцией (микоплазмоз и хламидиоз). Отмечались отек, гиперемия коленного сустава, боли при ходьбе. Некоторые отмечали сильные боли в пяточной кости, иногда в поясничном отделе позвоночника. У некоторых пациентов, инфицированных хламидийной инфекцией, были отмечены также симптомы конъюнктивита. Необходимо отметить, что в возникновении реактивного артрита урогенитальные инфекции играют роль провоцирующего пускового механизма. В суставах развивается асептическое воспаление как результат иммунной реакции организма на возбудителя инфекции. Согласно ряду авторов [2, 3] ревматоидоподобный артрит представляет собой заболевание, ассоциированное с В-27 антигеном тканевой гистосовместимости специфическим белком, находящимся на поверхности иммунных клеток. У пациентов с реактивным артритом частота его нахождения составляет 7-8%. Среди здоровых людей европейской популяции в 93% случаев он может отсутствовать.

Выводы. Учитывая вышеизложенное, больных с симптомами артритов, особенно крупных суставов желательно обследовать на наличие и урогенитальных инфекций. Обычно прогноз реактивных артритов благоприятный, но в случае неправильной постановки диагноза и проведения не соответствующего лечения может развиваться хронический процесс с частыми обострениями болевого синдрома.

¹Худжагелдиева З.У., ¹Азимов Г.Дж., ²Аминов А.Х., ³Рахимова Х.К.

СОСТАВ ОБЛИГАТНЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

¹ГУ Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ.

²Кафедра «Лабораторное дело» ГОУ Республиканского медицинского колледжа

³ГУ Институт Гастроэнтерологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ.

Цель исследования: Изучить состав облигатных представителей микрофлоры кишечника у больных детей с острыми кишечными заболеваниями.

Материалы и методы исследования: Материалом для бактериологического исследования служили: образцы проб от больных детей с острыми кишечными инфекциями.

Таблица 1

**Видовой состав облигатных представителей
в 1 грамме кала**

№	Наименование микробов	0 – 3 мес.	3 – 6 мес.	6 – 12 мес.	Свыше 1 года.
		n%	n%	n%	n%
	Дисбактериоз (31)	12 (5.0±1.4)	4 (1.7±0.8)	5 (2.1±0.9)	10 (4.2±1.3)

Для выявления микроорганизмов в 1 грамме кала проведены качественные и количественные исследования фекалий (колониеобразующие единицы – КОЕ) с использованием элективных и селективных питательных сред (6,5% молочно-солевой и 5-10% кровяной агар, среды Эндо, Плоскирёва, Сабуро) [8].

Идентификация выявленных культур проводилась общепринятыми методами: бактериологическими, культуральными, морфологическими и биохимическими.

Морфологические свойства выделенных штаммов и их тинкториальных свойств определяли микроскопированием мазков, окрашенных по Грамму.

Результаты и их обсуждение: В процессе изучения состава облигатных представителей микрофлоры кишечника 240 больных детей с острыми кишечными заболеваниями, которые были разделены на 4 возрастные группы: 0-3 мес., 3-6 мес., 6-12 мес. и старше 1 года.

Исходное разведение 1 грамма кала составило 1×10^1 с физиологическим раствором, где готовили ряд последовательных десятикратных разведений надосадочной жидкости до 1×10^7 , где по 0,1 мл взвеси засеивали на плотные питательные среды из следующих разведений: 1×10^3 – на среду Плоскирёва, молочно-солевой агар и среду Сабуро. Жидкость с разведением 1×10^5 по 0,1 мл. на среду Эндо. Разведение кала 1×10^7 – на среду Эндо, кровяной агар, лакто-бифидумагар.

В ходе проведения бактериологических исследований кала у больных отмечены изменения представителей микрофлоры: бифидобактерии, лактобактерии и колибактерии, что ведет к нарушению микробного пейзажа – дисбактериозу. В данном случае выявлено $12.9 \pm 2.2\%$ (31 случаев) больных детей со значительным снижением содержания молочно-кислых палочек (табл. 1).

При микробиологических исследованиях образцов 1 грамма фекалия больных детей с остро-кишечными инфекциями в 12 случаях ($5.0 \pm 1.4\%$) в возрасте 0-3 мес. и в 10 случаях ($4.2 \pm 1.3\%$) в возрасте старше 1 года нормальная кишечная флора либо не высевалась, либо количество их снижено до 1×10^2 – 1×10^3 по сравнению с нормами.

В группе детей 3-6 мес. и 6-12 мес. содержание облигатных представителей микрофлоры в кале составило $1.7 \pm 0.8\%$ и $2.1 \pm 0.9\%$, соответственно. У больных детей с остро кишечными инфекциями рост бифидобактерии наблюдалось в разведении 1×10^3 – 1×10^2 при норме ($1 \times 10^{9-10}$).

Среднее количество лактобактерий в 1 грамме кала составляет 1×10^6 – 1×10^7 . В нашем случае, лактобактерии в каловых массах больных высевались в разведении 1×10^3 – 1×10^5 .

Нельзя недооценить значение для микроорганизма обширной по видимому составу группы микробов относящихся к семейству кишечных палочек E.Coli. У детей пределы колебаний минимальных и максимальных количеств в 1 грамме пробы представлены в диапозоне от 1×10^7 до 1×10^8 . При бактериологических посевах содержимого кала E.Coli высевалась во всех случаях и колебалась в пределах от 1×10^4 до 1×10^6 .

Заключение:

Отмечены изменения в составе облигатных представителей микрофлоры: бифидобактерии, лактобактерии и колибактерии, что ведет к нарушению микробного пейзажа – дисбактериозу. В данном случае выявлено $12.9 \pm 2.2\%$ (31 случаев) больных детей со значительным снижением содержания молочно-кислых палочек.

Несомненно, проведение подобных исследований, представляют исключительный интерес практическим и клиническим врачам, для коррекции дисбактериоза назначением эубиотиков и пробиотиков – взвеси бактерий, способные восполнить численность облигатных представителей микрофлоры.