

димо отметить, что в 31 % случаев больные первично поступали в блок интенсивной терапии (по тяжести состояния) и по мере стабилизации витальных функций переводились в ПСО.

Принимая во внимание, что Ставрополь расположен в особых климатических условиях, где высота стояния над уровнем моря составляет в среднем 600–650 метров, а климатические условия имеют особенности по температурному режиму, влажности, атмосферному давлению и розе ветров, были сделаны следующие **выводы**:

- 1) риск развития сосудистых катастроф возрастает экспоненциально с увеличением возраста горожан.
- 2) частота инсультов у лиц старше 50 лет возрастает в 2 раза в каждом последующем десятилетии.
- 3) природные факторы влияют на развитие сосудистых заболеваний, что можно отнести к одной из причин, усугубляющих течение цереброваскулярной патологии.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРОШЕДШИХ РЕАНИМАЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Богданова Д.А., Петрюкштене В.О., Галактионова М.Ю.

Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, e-mail: tyugal@mail.ru

Цель: провести анализ последствий тяжелой перинатальной патологии и длительной реанимации новорожденных детей на основании изучения отдаленного катамнеза.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ историй развития 49 детей (ф. №112/у) (30 – доношенных, 19 – недоношенных со сроком гестации более 32 недель), находившихся в неонатальном периоде на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГДКБ№1 г. Красноярска. В зависимости от нозологической формы патологии новорожденных выделено 2 группы: I группа – дети, перенесшие острую интранатальную асфиксию – 31 ребенок (из них, тяжелой – 12 человек), II группа – дети, переболевшие пневмонией (18 человек). В возрасте пяти лет все дети обследованы по единой программе: УЗИ брюшной полости, ЭХО-КГ, ЭКГ, ЭХО-ЭГ, антропометрия, осмотр невролога, кардиолога, ЛОР.

Результаты: у 77,4 % детей, перенесших асфиксию и 77,8 % перенесших пневмонию выявлены неврологические расстройства: детский церебральный паралич (ДЦП) диагностирован у 6,5 % детей в I группе, эпилепсия у 3,2 % больных в I и 5,5 % – во II группе; синдром навязчивых движений соответственно у 19,3 и 22,2 % пациентов, задержка психического развития выявлена у 4 (12,9 %) и 2 (11,1 %) детей. Минимальная мозговая дисфункция (ММД) обнаружена у 35,5 % детей, перенесших асфиксию при рождении, у 33,3 %, переболевших пневмонией. Синдром вегетативной дисфункции (СВД) диагностирован у 25,8 % детей I и 16,6 % – II группы. Дисгармоничное развитие установлено у 64,5 % в группе детей, перенесших острую интранатальную асфиксию и у 61,1 % в группе детей с пневмонией. Выявлена повышенная частота пороков развития в группе детей с пневмонией – у 10,2 %. Пороки сердца обнаружены у 9,7 % детей в группе I и 11,1 % – II группы. Малые пороки развития (стигмы дизэмбриогенеза) диагностированы у 38,7 % больных в I группе, у 38,8 % детей во II группе. Частичная атрофия зрительных нервов развилась у 1 ребенка из I группы и у 1 ребенка из II группы. Анемия встречалась у 29,03 % больных

в I группе и у 33,3 % – во II группе. Наличие хронических очагов инфекции выявлено у 38,8 % больных в I группе, у 33,3 % – во II группе. До трехлетнего возраста у 91,8 % детей частота эпизодов ОРВИ варьировала от 5 до 12 раз в год, во II группе – от 6 до 18 раз; при каждом эпизоде дети нуждались в назначении антибактериальной терапии. Таким образом, у детей, перенесших тяжелую асфиксию, чаще выявляется тяжелая патология ЦНС (детский церебральный паралич и эпилепсия), пороки развития.

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ДИСПАНСЕРНОГО МЕТОДА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Булешова Р.М., Аманова Э.О., Айтымбетова Н.А.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, e-mail: Amanova_EO@mail.ru

Болезни органов дыхания являются одной из ведущих причин временной утраты трудоспособности и не имеют тенденции к снижению или стабилизации заболеваемости.

В борьбе за снижение заболеваемости НЗЛ необходимо сосредоточить усилия на первичной профилактике, основной целью которой является обеспечение оптимальных для здоровья условий жизни, укрепление и сохранение здоровья. Роль вторичной профилактики сводится к своевременному проведению комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий. Основными организационными принципами профилактических мероприятий ХНЗЛ являются: осуществление профилактики на всех уровнях (государственном, коллективном, семейном и индивидуальном); комплексное устранение причинных факторов и условий, непосредственно или опосредованно способствующих развитию ХНЗЛ; выявление лиц с ранними проявлениями изменений в органах дыхания; формирование групп риска по развитию ХНЗЛ для своевременного проведения социально-медицинских мероприятий; динамическое наблюдение лиц, имеющих хронические заболевания органов дыхания, и своевременное проведение противорецидивных мероприятий (с использованием санаторно-курортного лечения); интеграция в организации лечебно-профилактических мероприятий; изменение отношения населения к своему здоровью и повышение личной ответственности за его сохранение на индивидуальном, семейном и общественном уровнях.

Наиболее оптимальным методом внедрения профилактического направления в практику здравоохранения является диспансеризация. Эффективность ее зависит от сроков выявления заболевания, возможности диагностики предболезни, современной постановки полного и точного диагноза, расшифровки и устранения патогенетических и этиологических основ болезни. Такое комплексное изучение патологии возможно лишь при изучении семьи в целом, поэтому наиболее эффективной формой диспансеризации мы считаем семейную диспансеризацию (СД). Под СД подразумевается изучение состояния здоровья в семьях с различными биологическими, психологическими и социальными особенностями во всей совокупности их взаимосвязей и взаимодействий; активизация механизмов саногенеза путем одновременного лечения всех членов семьи с отклонениями в здоровье; внедрение внутри этой микросоциальной ячейки здорового образа жизни, предполагающего, в частности, рациональный быт и питание, здоровый психологический климат, отказ от вредных привычек, занятия физкультурой, закаливание, высокий уровень санитарно-гигиенических знаний.