

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 организацию 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.

Комплексная бригада врачей, осматривающая всю семью одновременно, включает пульмонолога, терапевта, аллерголога, оториноларинголога, психоневролога, гастроэнтеролога, стоматолога, генетика, врача функциональной диагностики, фтизиатра. Мы считаем, что только такой осмотр позволяет составить целостную картину болезни, найти ведущие и провоцирующие факторы страдания. Исследования направлены на выявление следующих основных моментов: психологического климата семьи, отношения к болезни ребенка, уровня медицинских и санитарно-гигиенических знаний, вредных привычек и их роли в формировании заболевания в данной семье; спектра сенсibilизации и его значения в обострении заболевания, изучения реактивности бронхорецепторов (адренергических, холинергических, гистаминовых) и определения толерантности к физической нагрузке в семейном аспекте; состояния иммунологического статуса всех членов семьи, наличия очагов хронической инфекции, определения гено-фенотипических взаимоотношений в развитии заболевания.

Многолетние наблюдения за больными детьми убедили нас в том, что БА развивается у детей с измененным психологическим статусом. При этом, чем выраженнее акцентуация характера, тем тяжелее протекает заболевание. Изучение психологического статуса у 203 детей, больных БА, по 9 чертам темперамента (ритмичность, приближение, активность, адаптабельность, настроение, интенсивность, отвлекаемость, порог, внимание) выявило достоверные отличия темперамента больных детей от здоровых (обследовано 1588 детей того же возраста) почти по всем показателям. И поэтому мы особое значение придаем вопросам взаимочислительных отношений между больным ребенком с различными формами акцентуации и членами семьи, и в первую очередь матери, а также членами коллектива (детский сад, школа) и воспитателями. Этому вопросу пока что уделяется мало внимания, а между тем личностные взаимоотношения в значительной степени определяют прогноз. длительные наблюдения за детьми с тяжелыми формами БА показали, что даже в межприступном периоде не наблюдается восстановления показателей психологического статуса.

Мы считаем, что отклонения психологического статуса во многом определяются семейным окружением, что обусловлено отсутствием достаточной информации в семье о болезни ребенка, этиологических и, особенно, психологических факторах формирования, возможности их устранения. Это способствует «акценту» на болезнь ребенка, формированию невроза «ожидания как у больного, так и у родителей. В беседах с родителями показывается связь обострений заболевания с психологическим климатом семьи, необходимость оптимистического отношения к болезни. Одновременно даются подробные инструкции по тактике поведения родственников при обострении заболевания ребенка, что с одной стороны устраняется возможность «самолечения, а с другой – позволяет добиться лечебного эффекта в оптимально короткие сроки. Наряду с этим решаются и вопросы профориентации детей старшего возраста.

В генезе рецидивов бронхолегочных заболеваний велика роль хронической очаговой инфекции. Поскольку семья представляет собой микроколлектив, и дети тесно контактируют с родителями, бабушками, дедушками, придавали особое значение наличию очагов хронической инфекции в семье. Санация всех членов семьи одновременно проводилась с учетом микрофлоры, высеваемой из очагов, и ее чувстви-

тельности к различным антибактериальным препаратам; широко применялись травы, адаптогены и биостимуляторы по разработанной нами схеме, по показаниям – оперативное лечение.

Таким образом, именно в семейной диспансеризации и реабилитации мы видим залог успеха борьбы с растущей бронхолегочной заболеваемостью, так как она обеспечивает раннюю диагностику состояния предболезни и факторов риска, одновременное лечение всех членов семьи, что в значительной степени обеспечивает профилактику хронизации процесса, эффективную борьбу с вредными привычками, внедрение здорового образа жизни и высокую экономическую, социальную и медицинскую эффективность.

Выводы. В научной статье подчеркивается значение совершенствования профилактических мероприятий в группах риска развития хронических неспецифических легочных заболеваний семейный диспансерный метод обеспечивает своевременную раннюю диагностику и качественную и вторичную профилактику бронхолегочных патологий и поэтому является методом основного выбора в проведении диспансеризации больных с ХНЗЛ.

Список литературы

1. Булешов М.А., Исаков Б.С., Мусабекова Л.Е., Бекмурзаева Э.К. Роль факторов образа жизни в формировании бронхолегочной патологии у подросткового населения // сборник статей международной научно-практической конференции «Современные инновационные технологии формирования здорового образа жизни» – Шымкент, 2006. – С. 174–176.

НЕЙРОТРАНСМИТТЕРЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Бурнусус Н.И., Карпов С.М., Шевченко П.П.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, e-mail: alienees.burnusus@yandex.ru

Проблема патогенеза рассеянного склероза (РС), является одной из актуальных в неврологии. По современным представлениям, патология нейрональной трансмиссии, опосредуемой возбуждающими аминокислотами (глутаматом) и биогенными аминами, может играть важную роль в развитии двигательных нарушений, являющихся составной частью клинической картины РС. Доказанной является нейротрансмиттерная гетерогенность пирамидного тракта и других проводящих путей, важнейшей составляющей частью которых являются глутамат-, аспартат- и норадренергические системы. Возбуждающие аминокислоты вовлекаются и в сегментарную рефлекторную активность, повышению которой придается ведущее значение в развитии спастичности.

Исследование проводилось на базе неврологического отделения МУЗГКБ №3 г. Ставрополь. Объектом исследования являлись пациенты поступавшие в отделение в период с 1 сентября по 20 января 2012 года. Во внимание принимались анализы крови и спинно-мозговой жидкости на наличие нейромедиаторных аминокислот (глутамата, аспартата, глутамина) и катехоламинов (адреналина, норадреналина) с последующим выявлением корреляционной зависимости данных показателей с клиническими проявлениями РС – формой, течением болезни, степени активности и преимущественной локализации процесса.

В ходе исследования получены данные, свидетельствующие о нарушении метаболизма НТ при РС. Установлена связь между повышением уровня глутамата в плазме и спинно-мозговой жидкости с тяжестью мозжечковых нарушений.

В целом по группе больных РС установлено повышение уровня норадреналина в спинно-мозговой жидкости, аспарагина в плазме крови. Данные из-