

блика аумағында оның көп таралуына байланысты Қазақстан үшін өзекті. Анемия жасөспірімдер арасында кең таралған, бұл балалар мен жасөспірімдерден басталатын ұрпақты болу жүйесінің ауруларының өсуіне әкеледі, бұл өмір сүру сапасын едәуір төмендетеді. Ең алдымен, бұл анемияның болуымен байланысты етеккір функциясының патологиясының пайда болуында көрінеді. ДДСҰ мәліметтері бойынша (2010 ж.) жасөспірім жастағы әрбір екінші қызда темір тапшылығы бар [5]. ДДҰ жіктмесіне сәйкес, ТТА таралу деңгейі бойынша Қазақстан «орташа зақымданған елдер» (WHO/UNICEF/UNU) санатына жатады, яғни анемияның алдын алу бойынша ұлттық деңгейде арнайы әзірлеуді және шұғыл шараларды жүргізуді талап ететін өте қиын деңгеймен (15 – 40%) [6].

Кілт сөздер: *репродуктивті денсаулық, темір тапшылығы анемиясы, жасөспірім, клиникалық-гематологиялық синдром.*

THE EFFECT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA ON REPRODUCTIVE HEALTH IN FEMALE STUDENTS

G.U. Akhmedyanova, Yu.V. Zabrodina, Zh.B. Mansharipova, S.N. Rushanova,
D.S. Munaitbasova

«Astana Medical University» NJSC, Kazakhstan, Nur-Sultan

Summary

The incidence of iron deficiency anemia (IDA) is currently a significant medical and social problem among the adolescent population. According to WHO, the number of people with iron deficiency in the world is 300 million people, but as a concomitant syndrome or complication – 700-800 million people. The problem of anemia is relevant for Kazakhstan due to its high prevalence on the territory of the republic. Anemia is widespread among adolescents, which leads to an increase in diseases of the reproductive system that begin in childhood and adolescence, which significantly reduces the quality of life. First of all, this is reflected in the occurrence of pathology of menstrual function, which is associated with the presence of anemia. According to WHO (2010), almost every second adolescent girl has iron deficiency [5]. According to the WHO classification, according to the level of prevalence of IDA, Kazakhstan belongs to the category of «moderately affected countries» (WHO/UNICEF/UNU), i.e. with that critical level (15 – 40%) requiring special development and urgent measures to prevent anemia at the national level [6].

Key words: *reproductive health, iron deficiency anemia, adolescence, clinical hematological syndrome.*

УДК:617.574-009.12-053.2-08-039.73-06:616.831.831-009.12-053.2

МРНТИ: 76.29.41.

ТАКТИКА КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Н.Б. Дүйсенов, Д.Д. Сукбаев, Н.Н. Исаев, Б.К. Кожаканов, К.К. Сарсенбеков,
Е.А. Зикирия, Д.В. Рахымжанова

НУО «Казахстанско – Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

Аннотация

В статье приведен анализ частоты, роста детей с ДЦП. Показаны особенности социального статуса семьи детей инвалидов, клинических форм заболевания, показатели эффективности реабилитации.

Ключевые слова: *детский церебральный паралич (ДЦП), эффективность реабилитации, консервативное и оперативное лечение, неврологические расстройства.*

Введение. Термин детский церебральный паралич (ДЦП) сегодня применяется с целью обозначения любой патологии, относящейся к ряду неврологических расстройств, которые развиваются в младенчестве или раннем детстве, оказывая постоянное влияние на движение тела и координацию мышечной деятельности, однако не являются прогрессирующими, то есть состояние пациента не ухудшается с течением времени [1].

Несмотря на то, что рассматриваемая патология оказывает влияние на движение мышц, она обусловлена не проблемами, имеющими место в нервах и мышечных тканях. К возникновению ДЦП приводят определённые нарушения в головном мозге, нарушающие его способность контролировать позы и движения тела пациента [2].

Впервые данное заболевание описал английский хирург Уильям Литтл в 1860 году, которое получило название болезнь Литтла. Оно вызывало спазм мышц конечностей, в большей степени – ног. В отличие от большинства прочих церебральных патологий, их состояние не ухудшалось, когда дети вырастали.

Следует отметить, что поражение ДЦП не всегда приводит к тяжелой степени инвалидности. В то время как один ребенок, страдающий от церебрального паралича, может быть неспособен к самостоятельному передвижению и нуждается в пожизненном уходе, другой больной, подверженный более легким проявлениям болезни, может отличаться от здоровых детей лишь некоторой неуклюжестью, при этом сохранять полностью интеллект [3].

Актуальность. Тяжелая неврологическая патология, в большинстве случаев требующая оперативной коррекции, с целью коррекции патологических контрактур конечностей, что позволяет улучшить моторные и локомоторные функции, является тяжелой, трудоемкой и актуальной проблемой детской ортопедии.

Наиболее точно статистика заболеваемости отслеживается в США, где проживает более чем 800 000 детей и взрослых с одним либо несколькими симптомами церебрального паралича. Согласно данным мировой статистики, примерно у 1 на 300 – 400 новорожденных детей выявляется рассматриваемая патология.

Необходимо отметить, что на данный период времени, не существует эффективной или радикальной методики лечения больных с детским церебральным параличом, однако, поддерживающая терапия, медикаментозное лечение и хирургическое вмешательство могут помочь многим пациентам существенно улучшить свои моторные навыки и способность к общению с окружающим миром.

Материалы и методы. На базе консультативного центра детской неотложной медицинской помощи города Алматы, Городских поликлиник № 31 и 33 нами производилось наблюдение и лечение 107 детей с детским церебральным параличом с 1-1,5 лет, когда был выставлен диагноз до 18 лет включительно. Девочек было 54 %, мальчиков 46 %.

Распределение детей до 7 лет составило 7,5%, пациентов 7-12 лет было 41,8%, наибольшее количество больных с детским церебральным параличом, которым требовалось оперативное лечение и серьезная реабилитация находилось в возрасте старше 12 лет, что составило 50,7%.

По локализации поражения суставов: тазобедренный – 12,4%, коленный сустав – 19,5%, голеностопный сустав – 63,7%, прочие – 4,4%.

Из этой группы пациентов с детским церебральным параличом, на базе центра детской неотложной медицинской помощи города Алматы, под руководством кафедры «Общая хирургия», курса «Травматология и ортопедия» с 2016 года, по настоящее время, оперировано 68 детей.

Нами была отработана комплексная тактика ведения такого пациента, с момента выставления диагноза, перевод детей в подростковый кабинет и далее поддержание данной скомпонованной тактики лечения больного с детским церебральным параличом, уже во взрослом состоянии.

В разработанной нами комплексной тактике ведения больных с детским церебральным параличом, учитываются три основных направления, которые требуют постоянного внимания и коррекции нарушений основное направление — это неврологическое лечение, коррекция физических деформаций и соматическое здоровье. То есть лечение ребёнка с ДЦП, должны осуществлять:

- Лечащий врач, обычно это детский невропатолог, который специализируется на помощи в развитии умственно отсталых детей. Такой врач в большинстве случаев является лицом в «последней инстанции» в комплексном лечении данного больного, объединяет рекомендации всех специалистов в единое целое, и следит за качеством развития ребёнка до совершеннолетия; в последующем его заменяет взрослый невропатолог.

- Ортопед. Хирург, специализирующийся на лечении костей, суставов, сухожилий, мышц и иных частей скелета. Ортопед занимается диагностикой и лечением нару-

шений работы опорно-двигательного аппарата, обусловленных детским церебральным параличом. В его ведении находятся деформации, контрактуры суставов и прочие вторичные поражения скелета в результате воздействия церебральной патологии. При этом выбор консервативного или оперативного лечения ставится к каждому случаю индивидуально.

- Педиатр, терапевт, врач-ВОП. Врач, осуществляющий контроль за здоровьем пациента. Занимается профилактикой и лечением соматических заболеваний

Помимо наблюдения и коррекции основных параметров лечения, наша тактика включает в себя проведение реабилитации пациента с детским церебральным параличом, как физическую, так и психологическую, в том числе и членам семьи больного.

Реабилитация физическая. Группа врачей, разрабатывающих и реализовывающих специальные программы физических упражнений, проведение регулярных курсов физиотерапевтических процедур, массажа и т.д., направленные на улучшение общего физического состояния пациента и его функциональной мобильности. Возможно воздействие в виде игро- и трудотерапии, специальных укладок и других приспособлений.

Реабилитация физического плана должна проводиться постоянно в домашних условиях членами семьи и самим больным ДЦП. При этом обязательны курсы, которые проводятся под контролем лечащего врача на амбулаторном уровне. В случаях, когда требуется коррекция физической реабилитации – это должно проводиться в стационарных условиях, с обязательным обучением новым приемам кинезотерапии и разработки плана реабилитации в амбулаторных условиях [4; 5; 6].

Реабилитация психологическая. Группа врачей и социальных работников, непосредственно работающих с психоэмоциональной сферой, как непосредственно больного с ДЦП, так и ближайшим окружением.

Оказывающие помощь больному и его семье справиться с психологическим напряжением, вызванным проявлениями ДЦП, как непосредственно внутри семьи, так и со стороны общества, а также разрабатывающие и предлагающие соответствующие образовательные программы.

Неврологический и соматический статус контролируется постоянно, но определяет характер общего лечения консультации ортопеда, так как проведение только физической реабилитации и применения консервативных методов лечения, не исключает появления тяжелых контрактур и деформаций, препятствующих развитию статических и локомоторных навыков, что требует уже хирургической коррекции [7].

Целью оперативного вмешательства у детей с ДЦП, является коррекция патологической позы и вследствие этого - повышение качества жизни и независимости, а также улучшение функции конечностей. Ортопедохирургические операции проводятся у детей старше 8-10 лет, так как в более раннем возрасте высок риск возникновения рецидива, а также развития других деформаций и патологических установок конечностей. Однако, необходимо помнить, что оперативное лечение является одним из этапа комплексной реабилитации, после которого больному требуется интенсивное восстановительное лечение.

Эффективность ортопедохирургического лечения значительно возрастает при определенном уровне развития

двигательных навыков (например, при наличии минимальной опорной функции конечностей, контроля головы и туловища) и сохранном интеллекте. Выполненная корригирующая операция может являться толчком для дальнейшего развития и приобретение новых локомоторных навыков, как например вертикализации и последующей ходьбы без дополнительных средств опоры.

В случае низкого интеллекта, отсутствие опоры, тяжелых контрактур, хирургическое лечение направлено на коррекцию патологических установок, с целью облегчения ухода за больным ДЦП.

Результаты. Нами разработана, и внедрена в клиническую практику ЦДНМП г. Алматы на базе кафедры «Травматология и ортопедия» Казахстано-Российского медицинского университета и ГКП № 31, 33 «Система оценки функционального статуса верхней и нижней конечности» [8].

По результатам обследования до начала лечения состояние декомпенсации выявлено у 25 пациентов (интегральный показатель $1,72 \pm 1,06$ балла), субкомпенсации у 81 детей (интегральный показатель $3,5 \pm 0,43$ балла), компенсации у 1 (ИП $4,2 \pm 0,12$) больных.

При повторном тестировании после оперативной коррекции и курса реабилитации отмечен прирост интегрального показателя в пределах 1 – 2 баллов: декомпенсация выявлена у 7 пациентов (интегральный показатель $2,42 \pm 0,76$ балла), субкомпенсация у 94 детей (интегральный показатель $3,6 \pm 0,43$ балла), компенсация у 6 (ИП $4,4 \pm 0,27$) больных.

Выводы:

1. Определена тактика лечения пациентов с детским церебральным параличом, а также внедрена в практику в амбулатории города Алматы.

2. По возрастным критериям хирургическую коррекцию патологических контрактур и деформаций проводить в сроки 8 лет и старше, с целью предупреждения рецидивов.

3. Проводимое ортопедохирургическое лечение позволяет повысить функциональный статус в пределах субкомпенсации до 3,6 баллов, а у 6 детей практически полностью восстановлено.

Список литературы:

1. Блюм Е.Э., Блюм Н.Э., Антонов А.Р. К вопросу этиологии и патогенеза детского церебрального паралича (ДЦП). // Журнал Вестник РУДН. – 2004. – № 2 (26) – С. 123-125.
2. Созаева Н.С. Ранние клинические признаки формирующегося детского церебрального паралича и их прогностическое значение. // Русский журнал детской неврологии. – 2008. – № 4. – С. 26-33.
3. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич / СПб., – 2001. – 272с.
4. Бруйков А.А., Гулин А.В., Бруйков Ю.А. Применение не медикаментозных методов в лечении детского церебрального паралича. // Журнал «Вестник ТБУ» - 2017. – т. 22, выпуск 6. – С. 89-92.
5. Бруйков А.А., Гулин А.В. Изменения в нервно-мышечном аппарате у детей с детским церебральным параличом под влиянием фиксационного массажа и онтогенетической гимнастики. // Журнал «Вестник Авиценны» - 2011. – № 3. – С. 126-129
6. Бортфельд С.А., Рогачева Е.И. ЛФК и массаж при детском церебральном параличе / Л.: Медицина. -1986. - 175с.
7. Барановская Е.А. Формирование статических и статокINETических установочных рефлексов у детей с детским церебральным параличом с учетом погашения тонических рефлексов в вертикальном положении. // Журнал «Вестник спортивной науки». – 2011. – № 3. – С. 61-64.
8. Дуйсенов Н.Б. Новый метод оценки функционального статуса при повреждениях костей конечностей у детей. // Журнал Российской ассоциации по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов. – М., 2007. – № 2 (22). – С. 17-18.

ЦЕРЕБРАЛДЫ САЛ АУРУЫ БАР БАЛАЛАРДЫ КОНСЕРВАТИВТІ ЖӘНЕ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ

Н.Б. Дуйсенов, Д.Д. Сукбаев, Н.Н. Исаев, Б.К. Кожаканов, К.К. Сарсенбеков, Е.А. Зикирия, Д.В. Рахымжанова
«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕМБМ, Қазақстан, Алматы қ.

Түйінді

Мақалада церебралды сал ауруы бар балалардың жиілігін, өсуін талдау берілген. Мүгедек балалар отбасының әлеуметтік мәртебесінің ерекшеліктері, аурудың клиникалық түрлері, оңалту тиімділігінің көрсеткіштері көрсетілген.

Кілт сөздер: балалардың церебралды сал ауруы (ЦСА), оңалтудың тиімділігі, консервативті және хирургиялық емдеу, неврологиялық бұзылулар.

TACTICS OF CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

N.B.Duisenov, D.D.Skubaev, N.N.Isaev, B.K.Kozhakhhanov, K.K.Sarsenbekov, E.A.Zikiriya, D.V.Rakhymzhanova
NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

The article provides an analysis of the frequency and growth of children with cerebral palsy. The features of the social status of the family of disabled children, clinical forms of the disease, indicators of the effectiveness of rehabilitation are shown.

Key words: cerebral palsy (CP), the effectiveness of rehabilitation, conservative and surgical treatment, neurological disorders.