

Тезисы докладов X Российского национального конгресса «Человек и лекарство», Москва, 2003. – С. 404; **11.** Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н. Практическая гепатология. – Рига: Звайгзне, 1984 – 405 с.; **12.** Писарев А.Г., Файнгерц Г.Б. Ультразвуковая диагностика поражения желчного пузыря при холестатической форме острых гепатитов А и В//Детские инфекции – 2002. – С. 68–71; **13.** Coche G., Sevenet F., Desombes P. et al. Cholestatic viral hepatitis with portal adenopathia//Ann.Radial. – 1990. – v.33 – N3.–p.209–210; **14.** Эйберман А.С., Шульгина Е.Н., Чапурина Т.А., Сухова Т.Г. Влияние гепатопротекторов на моторику желчного пузыря у детей // Тезисы в материалах 9 Российской конференции «Гепатология сегодня», Москва, 2004.

ТҰЖЫРЫМ
БАЛАЛАРДАҒЫ ӨТ ШЫҒАРУ ЖОЛДАРЫНЫҢ ДИСКИНЕЗИЯСЫНДА ЛИВ.52 ТАҒАЙЫНДАУ ТИІМДІЛІГІ

Л.Л. Чен, Р.Б. Темирханова
№2 қалалық балалар емхана, Астана қ.

Астана қаласының №2 ҚБА 2010 жылы 8114 бала гастроэнтеролог қарауында болды. Соның ішінде 4393 өт шығару жолдарының дискинезиясы анықталды (54%). Лив.52 өт айдағыш, антиоксикалық, антиоксидантты, қабынуға қарсы әсері бар. Балаларда биллиарлы жүйенің дисфункцияемінде қолдану оң әсер көрсетті.

SUMMARY
EXPERIENCE OF LIV.52 APPLICATION FOR DYSKINESIA CORRECTION OF BILE-EXCRETING SYSTEM AT CHILDREN

L.L. Chen, R.B. Temirhanova
City Children Hospital No.2, Astana c.

Experience of Liv 52 application for dyskinesia correction of bile-excreting system at children. Childrens gastroenterologists of GDB of №2 Astana polyclinic department. Chen L.L., Temirhanova R.B. Research objective: an estimation of efficiency and safety of Liv 52 application in dyskinesia correction of bile-excreting system at children.

ЧАСТО БОЛЕЮЩИЙ РЕБЕНОК: РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

У.С. СИВАШЕВА
Городская поликлиника №16, г. Алматы

Часто болеющий ребенок – это дети, имеющие ослабленную иммунную систему, – астматики, маленькие дети с недостаточным клеточным и гуморальным ответом, дети в организованных коллективах, находящиеся в более близком контакте с микробами, дети, имеющие фоновые заболевания (рахит, анемия, хронические расстройства питания), а также имеющие хронические очаги инфекции. В.Ю Альбицким и А.А Барановым в 1986 году предложены критерии включения детей в группу часто болеющих: до 1 года 4 и более заболеваний, от 1 до 3 лет – 6 и более, с 4 до 5 лет – 5 и более, старше 5 лет – 4 и более раз в году [1].

У часто болеющих детей лабораторными критериями снижения иммунной защиты являются: наличие у ребенка в период отсутствия у него клинических проявлений заболевания или после острого заболевания через 10-14 дней лейкопении, лимфоцитопении, в иммунограмме снижение Ig A, при усилении аллергии повышение IgE, снижение гамма-глобулинов в протеинограмме. У ЧБД неоправданно используется большое количество медикаментов, т.е. имеет место полипрагмазия, при этом многие препараты (антибиотики, жаропонижающие и др.) сами обладают иммуносупрессивным действием и усиливают нарушения иммунологической резистентности, способствуют развитию аллергии.

Нарушается социальная адаптация, обусловленная частой потерей контактов со сверстниками.

Высокая заболеваемость приводит к большим экономическим затратам родителей и влияет в будущем на репродуктивные возможности государства, ограничивает детей и подростков в выборе профессии.

Наиболее частыми формами респираторных заболеваний у часто болеющих детей являются:

Со стороны верхних дыхательных путей: ринит; назофарингит; тонзиллофарингит; ларинготрахеит; трахеит; бронхит; ларинготрахеобронхит; терминальных респираторных отделов и легочной паренхимы: бронхопневмония; ЛОР-органов: отит, евстахиит, аденоидит, гипертрофия небных миндалин, хронический тонзиллит, риносинусит.

Реабилитация часто болеющих детей с заболеваниями бронхолегочного аппарата – серьезная проблема здравоохранения во всем мире, актуальная проблема современной педиатрии. Оздоровление часто болеющих детей осуществляется в основном в детской поликлинике, детских дошкольных учреждениях и в детских санаториях для детей с бронхолегочной патологией.

Реабилитация включает базисную терапию и профилактику в очаге [2]: изоляция больного, соблюдение охранительного режима, постельный режим, аэрация помещения и его влажная уборка. Диета должна быть полноценной, обильное питье. Также по показаниям применяются противовирусные средства: препараты интерферона, индукторы эндогенного интерферона. Антибиотики показаны только при бактериальных осложнениях у детей, имеющих хронические очаги инфекции, при подозрении на микоплазменную или хламидийную инфекцию, тяжелых формах течения ОРВИ у детей раннего возраста.

Так же необходимы: ограничение контактов ребенка, сокращение использования городского транспорта, удлинение времени пребывания ребенка на воздухе, ношение масок, тщательное мытье рук после контакта, ограничение посещения детьми с катаральными явлениями дошкольных учреждений, закаливание, вакцинация.

В очаге устанавливается карантин на 7 дней с момента последнего случая заболевания, проводится влажная уборка помещений, изоляция и госпитализация больных.

Часто болеющим детям круглогодично проводятся общие лечебно-оздоровительные мероприятия педиатром совместно с физиотерапевтом: режим дня, полноценное питание, витаминотерапия, массаж грудной клетки (2-4 раза в год), стопотерапия, санация хронических очагов инфекции, ограничить просмотр телепередач и компьютерные игры до 40-60 мин в день, увеличить продолжительность сна на 1,5-2 часа; спокойные прогулки перед сном, двигательная активность, рациональное питание с обязательным включением в ежедневный рацион свежих

овощей, фруктов и ягод, соков, витаминно-минеральные комплексы, санация носоглотки. Аэротерапия – прогулки на открытом воздухе не менее 4 часов, воздушные ванны с утренней гимнастикой 12-15 мин. Дневной сон на свежем воздухе, хождение босиком, подвижные игры. Водолечение – умывание водой (Т +14-16°С) шеи, груди, рук, полоскание горла. Ежедневное обтирание тела в течение 3-5 мин (влажные полотенца, рукавички или губки).

Специальные лечебно-оздоровительные мероприятия, проводятся сезонно 2 раза в год [3]: физиолечение (УВЧ, УФО), смазывание зева растворами Люголя или соком каланхоэ 2 раза в день, аэрозоли с фитопрепаратами, кислородный коктейль, общие ванны (хвойные, с морской солью 100 г на 10 литров воды), медикаментозная иммуннокоррекция (рибомунил, ликолипид, имупрет и синупрет) [2].

Схема диспансеризации: педиатр осматривает ребенка 4 раза в год, стоматолог и отоларинголог – 2 раза в год, врач ЛФК – 2 раза в год. Анализ крови и мочи проводится 2 раза в год, ЭКГ, R-графия органов грудной клетки – по показаниям. При необходимости показаны другие специалисты.

Выводы

За последние 3 года оздоровлены 147 часто болеющих детей заболеваниями респираторного тракта в возрасте с 2 до 7 лет с хорошим эффектом.

Благодаря комплексным лечебно-оздоровительным мероприятиям у всех 147 часто болеющих детей снизилась заболеваемость ОРВИ в 2-3 раза, дети стали редко болеть, легко переносили заболевания и не отмечалось осложнений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Детские болезни. Учебник для студентов медицинских вузов под редакцией Л.А. Исаевой. Медицина. Москва, 2003; 2. Слободян Л.М., Воронцова Н.С.,

Процайло Н.Б., Горшкова М.А. Часто болеющие дети (медико-социальные аспекты, состояние иммунитета, пути оздоровления). Педиатрия, 2002. №1. – С. 45-47; 3. В.Б. Садыкова, Т.Г. Воробьева, Л.Б. Киебаева, Л.И. Московская, З.А. Каирбекова, Б.Д. Кадырбаева. Опыт применения рибомунила в комбинированной профилактике гриппа и ОРВИ у детей и подростков. Ж. Здоровье, приложение Эскулап, №2, 2002.

Т Ъ Ж Ы Р Ы М

ЖИИ АУЫРАТЫН БАЛА: МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ БАЛАЛАР МЕКЕМЕСІ ЖАҒДАЙЛАРЫНДА САУЫҚТЫРУ

У.С. Сивашева

№16 қалалық емхана, Алматы қ.

Жиі ауыратын балаларды сауықтыру педиатр үшін көкейтесті проблема болып табылады, сауықтыру физиотерапевтпен, отоларингологпен бірге жүргізіледі және сауықтыру процесіне сонымен қатар ата-аналардың да белсенді қатысуын талап етеді. Тек дәрігерлер мен ата-аналардың бірлескен жұмыс істеуі кезінде ғана сауықтырудың жақсы нәтижелеріне қол жеткізуге болады.

S U M M A R Y

SICKLY CHILD: REHABILITATION IN PRESCHOOL INSTITUTION

U.S. Sivasheva

City hospital No. 16, Almaty c.

Sickly children rehabilitation is a topical pediatric problem, recovery is conducted in cooperation with physiatrist, otolaryngologist and also requires active participation of parents in the rehabilitation process. Only in case of active combined action of physicians and parents, good rehabilitation results may be achieved.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ЛЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

А.Е. ЕСЕНАЛИЕВА

Консультативно-диагностическая поликлиника, г. Аральск

Сахарный диабет – клинический синдром хронической гипергликемии и глюкозурии, обусловленный абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью, приводящей к нарушению обмена веществ, поражению сосудов (различными ангиопатиями), нейропатии и патологическим изменениям в различных органах и тканях.

Сахарный диабет 1 типа

Принцип лечения больного СД 1 типа заключается в экзогенном введении инсулина, без которого развивается гипергликемическая, кетоацидотическая кома. Целью лечения больных СД 1 типа является достижение нормогликемии и обеспечение нормального роста и развития организма, тем более что основной контингент этих больных – дети, подростки и молодые люди.

Сахарный диабет 2 типа

Для больных сахарным диабетом 2 типа с хорошо сохраненной функцией секреции инсулина эффективна комбинация сульфонилмочевинного препарата с бигуанидом.

Метформин в комбинации с препаратами сульфонилмочевины является эффективной формой терапии, которая интенсивно используется клиницистами уже много лет и позволяет добиться снижения дозы препаратов сульфонилмочевины.

Осложнения сахарного диабета

Риск развития поздних осложнений возрастает с длительностью диабета. Нарушение обмена веществ при СД приводит к поражению всех органов и систем в той или иной степени. При СД развиваются как микро-, так и макроангиопатии. У больных СД 2 типа чаще развиваются макроангиопатии, хотя параллельно с ними происходит поражение и мелких сосудов (микроангиопатии). Клинические проявления микроангиопатии – ретинопатия, нефропатия, нейропатия. Типичными проявлениями диабетической макроангиопатии являются инфаркт миокарда, инсульт, заболевания периферических сосудов. Наиболее ранним проявлением поздних диабетических осложнений у больных СД 2 типа являются признаки