

сравнения ($p < 0,05$); гиперпродукция IgA у 87,9% работниц в группе наблюдения ($p < 0,05$); снижение абсолютного и относительного содержания активационного маркера CD95⁺ ($0,6 \pm 0,9 \times 10^9/\text{дм}^3$ и $19,6 \pm 8,7\%$) и CD25⁺ ($0,09 \pm 0,04 \times 10^9/\text{дм}^3$ и $3,2 \pm 1,3\%$), а также относительного содержания CD4⁺ ($27,4 \pm 4,08\%$, $p < 0,05$); наличие специфического IgG к акрилонитрилу в крови работниц группы наблюдения ($0,147 \pm 0,079$ у.е. при норме $< 0,10$), при отсутствии в группе сравнения.

Гормональный статус: снижение ГСПС ($41,7 \pm 15,7$ нмоль/ дм^3 в группе наблюдения и $75,1 \pm 17,0$ нмоль/ дм^3 в группе сравнения, $p < 0,05$) и ФСГ ($10,7 \pm 1,7$ МЕд/ дм^3 в группе наблюдения, и $22,9 \pm 6,7$ МЕд/ дм^3 в группе сравнения, $p < 0,05$).

Анализ цитологических изменений эндо- и эктоцервикса: воспалительные изменения (воспалительная атипия клеток в 3,8% случаев, воспалительная пролиферация клеток в 19% случаев) (в группе сравнения не установлено).

УЗИ органов малого таза: патологические процессы в шейке матки (эндоцервицит) (в 25% случаев в группе наблюдения, в 12% случаев группы сравнения).

Таким образом, анализ результатов исследований показал, что у женщин, работающих в условиях экспозиции акрилонитрила даже ниже ПДК, наблюдаются следующие нарушения: гормональные нарушения, активация воспалительных реакций, дисфункция иммунной системы; специфическая сенсибилизация к акрилонитрилу, развитие патологических процессов шейки матки. Эти нарушения являются индикатором ранних проявлений повреждающего воздействия на репродуктивную систему женщин.

Вероятность возникновения вредных для репродуктивного здоровья работниц эффектов акрилонитрила в реальных условиях производства требует разработки дополнительных профилактических мероприятий.

Малик Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет
г.Харьков, Украина

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ДОЛГОСРОЧНОМ НАБЛЮДЕНИИ СЕМЕЙНЫМ ВРАЧОМ

Наша страна находится в периоде реформирования системы здравоохранения и, в частности, первичной медицинской помощи. Основным направлением работы семейного врача является не только лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация пациентов, но и полное сопровождение семьи и организация ухода за пациентами, нуждающимися в постоянной посторонней помощи. Организация медико-социальной помощи в домашних условиях пациентам пожилого возраста и пациентам долгосрочного наблюдения - одна из актуальных проблем здравоохранения и социальной сферы. Необходимость в решении этих задач обусловлена снижением возможности самообслуживания пациентов, увеличением числа одиноких и пожилых людей.

Большое место в работе семейного врача занимает проблема обслуживания пациентов долгосрочного наблюдения. Это пациенты с хроническими болезнями, приводящими к инвалидизации: онкологическими заболеваниями, заболеваниями нервной системы, заболеваниями опорно-двигательного аппарата, больные с психическими нарушениями. Когда в семье появляется «лежачий» больной - это удар для семьи, к которому она не готова.

Возникает множество вопросов, которые невозможно решить самостоятельно: в каких условиях должен находиться пациент и кто за ним будет ухаживать, обеспечение круглосуточного наблюдения за ним, решение финансовых вопросов, отношение самой семьи к больному. В данном случае лечение в специализированном стационаре - это процесс временный. Пребывание в ХОСПИСЕ, где пациенты могут получить круглосуточную высокоэффективную паллиативную помощь, где они не будут чувствовать себя покинутыми, тоже не всегда возможно, в связи с отсутствием таких лечебных заведений во многих регионах Украины. Поэтому в медицинском обслуживании этой категории больных приоритетное место занимает амбулаторная помощь, а именно ведение этих пациентов семейным врачом.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

В сложившейся ситуации семейный врач будет наставником, который даст необходимый совет и рекомендации, сумеет выслушать и быть откровенным. При длительной болезни на одном из этапов лечения также возникнут вопросы о дополнительных средствах лечения, вопросы социальной поддержки, а также разъяснение планирования дальнейшей жизни и финансов, что, возможно, будет связано с возможной нетрудоспособностью пациента. Поэтому семейный врач должен дать ответы на все вопросы, с которыми они обязательно встретятся. Тесное сотрудничество врача с пациентом и его семьей имеет немаловажное значение. Необходимо учитывать психологическое состояние пациентов, характеризующееся высоким уровнем страха, тревоги и депрессии, неверием в выздоровление и сомнениями.

Современные условия оказания медицинской помощи требуют от врача постоянного овладения новыми подходами лечения. В лечении многих заболеваний огромную роль играет психотерапия. Помимо основных методов лечения и реабилитации, семейный врач должен владеть основными навыками психотерапевтической коррекции, которая должна быть направлена на устранение душевной боли пациента, вселение в него уверенности в выздоровление, душевный подъем. Психотерапия должна быть индивидуально направленной, учитывать не только особенности течения заболевания, но и личностные особенности пациента, семейные условия. Таким образом, определенная подготовка семейных врачей имеет большое значение для ведения пациентов долгосрочного наблюдения в амбулаторных условиях.

Мальцева Н.А.

ГАУЗ КО «Областная детская клиническая больница»
г. Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ НА ФОНЕ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ (СДВГ)

Немаловажное место в неврологической практике отводится синдрому гиперактивности с дефицитом внимания, нарушению речи - задержке речевого развития, дизартрии той или иной степени.

По существующей теории в основе возникновения СДВГ лежит формирование патологического строения структур мозга:

1. Нейрометаболические факторы - при органическом поражении центральной нервной системы пре- и перинатального генеза.
2. Генетические - гены, регулирующие обмен нейромедиаторов.
3. Нейропсихологическая теория СДВГ - незрелость функций лобных долей, управляющих функцией поведенческого торможения и самоконтроля, снижение рабочей памяти.

Из общего числа обращений (2473) на консультативный прием к неврологу ГАУЗ КО «ОДКБ» в 2016 году 58% (1627) составили дети с нарушением речи в виде дизартрии в той или иной форме, с задержкой темпов предречевого развития, СДВГ.

Анализ анамнестических данных пациентов (выписка из родильного дома, амбулаторной карты) показал, что около 35% (1204) при рождении имели церебральную ишемию I-II степени, в большинстве своем миелоишемию на цервикальном уровне.

У небольшого процента (5%, 60 человек) зарегистрирован и генетический фактор - дефект речи у одного из родителей, чаще у мужчин.

При объективном осмотре у этих детей отмечена периферическая недостаточность на цервикальном уровне, в виде мышечной гипотонии на уровне верхних сегментов, нарушение осанки, легкая девиация языка, «гиперактивность языка» или синдром распластанного языка, тонического напряжения мышц, формирующих диафрагму рта.

На первых месяцах жизни легкий бульбарный синдром в виде поперхивания, срыгивания через нос, дисфагия, вялососущие дети (26%).

У более старших детей - нарушение осанки, опущены плечи, моторная неловкость в руках, снижение силы в проксимальных отделах рук. Подобная симптоматика принимается во внимание при назначении комплексной терапии у детей с дефектом речи, СДВГ, ЗТРР.

Помимо терапии, направленной на улучшение метаболизма мозга, седативной была