

ти гуморального (увеличение содержания иммуноглобулина М, G и циркулирующих иммунных комплексов).

Касымов О.И., Салимов Б.М., Касымов А.О.

Хусусиятҳои клиники-иммунологии онихомироз дар синну соли миёна ва куҳансолӣ.

Аз 45 бемор дар синну соли аз 60 то 85 сола (мардҳо - 36, занҳо - 9), намуди дистали-латералии онихомироз дар 23 (51,1%), сатҳии сафед дар - 5 (11,1%), проксималии зеринохуни - дар 6, дистрофики тоталӣ дар - 11 (24,4%) нафараш муайян карда шуд. Дар хама беморони онихомироз намудҳои гуногуни микози кафи пой пайдо шуд. Дар ин гуруҳи беморон пастшавии қисмати ҳуҷайравии масунят (камшавии CD3 ва CD 8 лимфоситҳо) ва баландшавии фаъолияти гуморалӣ (зиёдшавии иммуноглобулини М, G ва маҷмуи даврзанандаҳои масунӣ (ЦИК) муайян карда шуд.

Kasimov O. I., Salimov B. M., Kasimov A. O.

The clinical and immunological features of onychomycosis in elderly and the senile age

From among 45 patients at the age of 60-85 (men - 36, women - 9) with onychomycosis 23 (51.1%) had distal and lateral form, 5 (11.1%) - superficial and white, 6 (13.3%) - proximal and hyponychial, 11 - total and dystrophic. All patients with onychomycosis had various forms of the athlete's foot. The cell immunity decreased (fall of CD3 and CD8) and the humoral one increased (raise of IgM, IgG and the circulating immune complexes).

Мирзоева З.А., Хисомова Х.К., Ортикова М.М.

СОСТОЯНИЕ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ШКОЛЬНОГО И УЛИЧНОГО ТРАВМАТИЗМА, ПРИВОДЯЩЕГО К ИНВАЛИДНОСТИ В ТАДЖИКИСТАНЕ (НА ПРИМЕРЕ Г. ДУШАНБЕ)

Кафедра семейной медицины ТИППМК

Ключевые слова: школьный, уличный травматизм, структура детского травматизма, профилактика

Актуальность

Актуальность травматизма определяется как аспектами оказания экстренной и специализированной медицинской помощи, так и его последствиями (инвалидностью и смертностью), имеющими социальное и экономическое значение.

По данным ВОЗ, травмы и другие несчастные случаи составляют около 12% от общего числа заболеваний. Ежегодно в мире от различных травм погибает более 5 млн. человек - это почти 9% от общего числа смертей. Травматизм является третьей по значимости причиной смертности и основной причиной в возрасте 1-40 лет. Одной из ведущих причин смерти от травм являются дорожно-

транспортные происшествия (ДТП), на которые, по данным ВОЗ, приходится около 25% всех случаев смерти от внешних причин. По различным оценкам, ежегодно в мире в дорожных авариях гибнет около 1,2 млн. человек, а от 20 до 50 млн. получают травмы или становятся инвалидами. Более половины погибших в авткатастрофах - это люди в возрасте 15-44 лет. Среди детей в возрасте 5-14 лет и молодежи 15-29 лет дорожно-транспортный травматизм - вторая по значимости причина смерти во всем мире.

Таким образом, дорожно-транспортный травматизм может стать третьим ведущим компонентом "глобального бремени болезней", уступая лишь ишемической болезни сер-

дца и депрессивным состояниям. Экономические издержки, обусловленные дорожными происшествиями и травматизмом, оцениваются в 1% валового национального продукта в странах с низким доходом, в 1,5% в странах со средним доходом и в 2% в странах с высоким доходом. Проблемы детского травматизма и его профилактики привлекает внимание работников здравоохранения как в Таджикистане, так и за рубежом. В последние десятилетия от травм и других несчастных случаев погибает во много раз больше детей, чем от инфекционных заболеваний. Травмы являются одной из основных причин детской инвалидности. Поэтому детский травматизм и его предупреждение являются важной социальной проблемой, к которой должно быть привлечено внимание не только медицинских работников, но и общественности, педагогов, психологов, социологов, градостроителей, конечно, родителей и самих детей [1].

По Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), травмы относятся к XIX классу (по характеру и локализации травмы) и к XX классу (по условиям и обстоятельствам получения травм). Однако в практической работе семейных врачей и в официальных статистических отчетах лечебно-профилактических учреждений травмы у детей классифицируются по виду повреждений на бытовые, уличные, транспортные, школьные, спортивные и прочие. Детский травматизм - это внезапно возникшие повреждения, вызванные внешним воздействи-

ем и встречающиеся среди детей разного возраста в аналогичных условиях быта, проведения досуга, обучения и воспитания.

Причины и структура детского травматизма изменяются в зависимости от возраста, психического и физического развития ребенка. Дети 5-6-месячного возраста тянут в рот любой предмет, который способны удержать в руке, этим объясняются частые попадания инородных тел в дыхательные пути. Для детей конца первого года жизни характерны падения с кроватей, диванов, стульев, так как в этом возрасте они начинают проявлять инициативу и вести более активный образ жизни при несформировавшейся координации движений. У детей 1-3 лет движения становятся увереннее, увеличивается подвижность и, как следствие, чаще встречаются падения с высоты (подоконников, лестниц) и ожоги. В дошкольном и младшем школьном возрастах дети много времени проводят во дворе и на улице, появляется много источников новых травм: падения в ямы, люки, со строительных лесов, драки и, особенно, дорожно-транспортные травмы.

Анатомо-физиологические особенности детского организма обуславливают и особенности характера повреждений по сравнению с взрослыми. Ростковые хрящевые зоны костей служат амортизатором при травме, поэтому у детей бывают переломы, не встречающиеся у взрослых (по типу "зеленой ветки", поднадкостничные, эпифизеолизы). Вегетативная нервная система детей более лабильна, поэтому травмам у детей чаще сопутствуют коллапс и шок. У детей чаще, чем у взрос-

Показатели травмпульта при ГЦЗ№1. г. Душанбе с января 2010 года по январь (за 12-месяцев) 2011 года

месяц	всего	взрослых	детей до 14 лет	бытовая травма	Дорожные	школьные	спортивные	ушибы	ожоги	открытый	закрывтый перелом	гипсование до 14 лет	первичный шов до	направлен в стационар
1	326	293	103	165	99	2	20	918	-	-	86	70	28	10
2	319	221	98	135	117	19	27	113	3	-	87	75	18	4
3	354	194	163	182	102	17	35	168	-	-	108	69	39	12
4	442	190	182	172	165	19	49	129	4	1	44	121	10	10
5	490	291	219	195	204	11	40	151	-	2	141	131	49	17
6	409	225	184	174	210	4	35	105	1	1	112	68	50	13
7	480	284	196	240	188	2	28	167	3	2	148	109	56	5
8	308	146	162	212	144	5	7	120	-	-	98	89	51	5
9	364	186	178	171	142	12	20	94	2	-	182	74	63	6
10	475	254	221	217	162	34	24	170	2	1	126	136	48	12
11	332	170	162	181	102	21	22	61	-	1	96	110	44	8
12	280	168	112	141	98	14	18	87	2		69	70	32	7
о	4579	2622	2178	2185	1733	160	325	2283	17	8	1297	1122	488	109

лых, возникают сотрясения головного мозга, а из-за особенностей строения черепа симптомы отека мозга проявляются позже. У детей кожа более ранима, поэтому ожоги чаще бывают II-III степеней. В общей структуре травматизма у детей на долю поверхностных травм приходится 36%, раны составляют 18%, переломы костей конечностей - 19,6% (в том числе верхней - 14,1%), вывихи - 10,8%, переломы костей черепа и внутричерепные травмы - 5,7%, ожоги и отморожения - 3,1%, травмы глаза - 1,9%; последствия и осложнения травм - 3,8 %, остальные травмы - 1,1 % [3].

Цель исследования

Изучение профилактических работ в практике семейного врача на снижение уровня травматизации и инвалидизации детей [4].

Материалы и методы исследования.

Всего детей с рождения до 14 лет в 2010 году было 26266, что составило 23,19% из общего числа населения. Всего получили травму по территории ГЦЗ №1 за 12 месяцев 2010 года

Таким образом, после анализа деятельности травмпункта выяснено, что из общего числа травм - 4579 случаев - на долю детского травматизма приходится 2178 случаев; всего в процентном отношении на 444 (на 0,9%) случая детский травматизм ниже, чем у взрослых.

Из общего числа случаев детского травматизма 51,5% составило наложение гипсовых повязок, 488 (22,4% от общего числа обращений) случаев - наложение первичных швов детям до 14 лет. Из общего числа обращений в 109 (5%) случаях после оказания первичной медико-санитарной помощи дети до 14 лет направлены на второй уровень лечения. По числу от общего количества обращений на первом месте стоит бытовая травма, дорожная травма, в зимне-осенний период увеличено количество дорожных и спортивных травм.

Важной предпосылкой профилактики повреждений является изучение их причин, что в значительной мере определяются видом травматизма.

К бытовым относятся травмы, полученные детьми в квартирах и других помещениях жилого дома (на лестнице, в ванной, в коридоре), во дворе, саду, парке, на берегу водоема и т.п. Это - наиболее часто встречающиеся травмы, на их долю приходится 39,3 % всех травм. Они же являются основной причиной гибели детей. Ведущими повреждениями при бытовых травмах являются ушибы, гематомы, ссадины - 31,9 %, раны - 20,7 %; переломы составляют 17,3 %, ожоги - 6,8 %.

Большинство бытовых травм происходит в период с 15 до 21 часа (42,6 %), в весенние (33 %) и осенние (29,1 %) месяцы, в рабочие дни (от 16,7 % в понедельник до 13,9 % в четверг) [2].

Основными факторами, определяющими бытовой травматизм, являются:

- отсутствие надзора за детьми в часы их досуга;
- недостаточная воспитательная работа среди детей;
- недостаток оборудованных мест для игр детей (площадок, парков, детских комнат и др.);
- технические погрешности в устройстве ограждений на высотах.

Дети часто проводят время в местах общего пользования: в коридорах, на лестничных площадках, в кухнях, где подвергаются опасности травмирования (падение с лестниц, ожоги, ушибы о выступающие части мебели, резаные раны при неумелом обращении с ножом, отравления лекарственными препаратами, кислотами, бытовыми химикатами, хранящимися в ненадлежащих местах, и др.).

Меры профилактики бытовых травм заключаются в проведении воспитательной работы среди детей, направленной на привитие им навыков поведения в местах общего пользования и безопасного образа жизни, а также в улучшении работы домоуправлений

Основной причиной несчастных случаев является незнание и несоблюдение детьми правил дорожного движения, отсутствие внимания со стороны родителей, равнодушие или невмешательство взрослых - свидетелей недопустимого поведения детей на улице, плохо поставленная воспитательная работа. Непосредственными причинами травм служат переход улицы перед близко идущим транспортом - 34,3 %, переход дороги в неустановленном месте - 16,1 %, выход на проезжую часть из-за транспорта или других препятствий - 11,2 %, аварии - 17,8 %, нарушение правил дорожного движения пешеходами, велосипедистами и мотоциклистами - 6,4 % и т. д.

В профилактике ДТП большая роль принадлежит ГИБДД, в работе которой особое место занимают занятия с детьми, выступления в средствах массовой информации об имевших место дорожно-транспортных происшествиях. В некоторых городах проводятся занятия по изучению правил дорожного движения на площадях и специальных площадках, соревнования школьников по знанию этих правил, семинары для учителей и вожатых школ и лагерей труда и отдыха, создаются отряды "юных инспекторов

ГИБДД". Родители и учителя должны воспитывать у детей дисциплину и чувство ответственности за поведение на улице.

Так как 75% работы семейного врача является профилактика, учитывая данную ситуацию, семейный врач проводит мероприятия по предупреждению травм и несчастных случаев у детей, включая свою профилактическую работу в махаллинских советах или при встречах в школе проводит беседы среди родителей, воспитателей и педагогов о причинах повреждений, при этом разъясняя анатомо-физиологические особенности ребенка и значение правильного ухода, воспитания безопасного образа жизни, повышения культуры поведения в быту, на улице, в школе и общественных местах.

Необходимо воспитание у детей в семье, детском учреждении и школе устойчивых навыков и привычек к выполнению установленных норм поведения и правил личной безопасности

Требуется улучшение организации досуга детей, их всесторонняя физическая подготовка, а также проведение мероприятий административными и хозяйственными органами, учреждениями и организациями по благоустройству территорий и жилых зданий, создание безопасных условий для жизнедеятельности детей.

Заключение

Семейный врач может проявить заботу, внимание и корректность по отношению к пациентам, завоевать доверие детей и их родителей. У него есть хорошие знания и навыки по вопросам профилактики школьной и уличной инвалидизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по профилактической деятельности врача общей практики (семейного врача). СПб: СПб ГМА им. И.И.Мечникова, 1997. С. 63
2. Сидиров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология. М.:ГЭОТАР - Медиа, 2010. 797 с.
3. Статистические данные травмпункта ГЦЗ№1 г. Душанбе.
4. Шабалов Н.П. Справочник педиатра. СПб.: Питер, 2011. 505 с.

Мирзоева З.А., Хисомова Х.К., Ортикова М.М.

Ҳолат ва роҳҳои пешгирии садамаи мактаби ва кӯчаги, ки боиси маъюбшавӣ дар Тоҷикистон оварда мерасонанд (дар мисоли ш.Душанбе)

Духтури оилавӣ гамхории худро дар назди худи кӯдак ва падару модари ӯ нишон дода ба боварии онҳо мебарояд. Ӯ дорои дониши хуби қофи оиди пешгирии маҷруҳӣ дар мактаб ва берун аз он дошта, қоидаҳои машваратгузарониро медонад ва ӯро ҳамаҷониба барои тадқиқоту таҷрибот истифода мебарад.

Mirzoeva Z.A., Hisomova H.K., Ortikova M.M.

Condition and methods of prevention at school and street accidents reading to disability (in Dushanbe, Tajikistan)

The family doctor can show care, gain trust of children and their parents, attention and correctness in relation to patients. It has good knowledge and skills of questions to prevention of a school and street invalidation. The family doctor has a key to professional consultation.