Немаловажную роль после пуско-наладочных работ и запуска оборудования имела организация гарантийного и постгарантийного обслуживания с учетом профессионализма и компетентности персонала сервисной службы.

Таким образом, модернизация прачечной больницы и автоматизация процессов стирки, сушки и глажения фигурного и прямого белья с учетом требований санитарных норм и соблюдением поточности технологического процесса, позволило оптимизировать работу прачечной и повысить качество обрабатываемого белья до уровня евростандарта.

ТҮЙІН

Мақалада ауруханадағы кір жуу орнын жаңғырту кезеңдері мен нәтижелері және төсек-орын жабдықтарын тазалау сапасын еуростандарт деңгейіне дейін жоғарылатуға мүмкіндік берген санитарлық норма талаптарын ескере және технологиялық үдерістің үздіксіздігін сақтай отырып, көп мөлшердегі пішінді және тегіс төсек-орын жабдықтарын жуу, кептіру және үтіктеу үдерістерін автоматтандыру мәселесі сипатталған.

Өзекті сөздер: ауруханаының кір жуу орны, технологиялық үдерістіңүздіксіздігі, санитарлық талаптар, жаңғырту және автоматтандыру.

SUMMARY

The article describes the stages and results of the modernization and automation of hospital laundry during washing, drying and ironing, a large number of direct and figure lingerie to meet the requirements of sanitary standards and compliance threading process, thus improving the quality of treatment of linen to the level of European standards.

Key words: laundry hospital threading process, sanitary standards, modernization and automation.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ТУБУЛОПАТИИ: ФОСФАТ - ДИАБЕТ

УДК 616.632.18

Адибаева Г.Ж.

Центральная районная больница, ВКО, г. Аягуз

Витамин D-резистентный рахит (фосфат-диабет) наследуется по классическому доминантному типу, сцепленному с Х хромосомой. Ген фосфат диабета локализован на Х-хромосоме в локусе - Х22.

Выделяют первичные (ренальные) и вторичные (преренальные) тубулопатии. В основе первичных тубулопатий лежит генетический дефект канальцевого транспорта, связанный со структурно-функциональными изменениями фермента, структурных или транспортных белков канальцевых клеток.

По локализации первичные (наследственные) тубулопатии делятся на проксимальные, дистальные и смешанные тубулопатии, а по количеству нарушенных функций – на изолированные (моносимптомные) и комбинированные (полисимптомные) тубулопатии.

Фосфат-диабет относится к моносимптомным наследственным проксимальным тубулопатиям и является наиболее встречаемой среди всех тубулопатий.

Патогенетические механизмы развития заболевания включают: 1) первичный дефект реабсорбции фосфатов в проксимальных почечных канальцах; 2) вторичное нарушение процессов активации витамина Д; 3) сочетанный дефект реабсорбции кальция и фосфата в кишечнике и почках.

Ведущими клиническими проявлениями фосфат диабета являются рахитоподобные изменения скелета: прогрессирующие искривления нижних конечностей, деформация и увеличение в размерах коленных и голеностопных суставов, реберные «четки», «браслетки», «утиная» походка вследствие варусной деформации шейки бедра, боль в костях после физической нагрузки.

Дети имеют непропорциональный маленький рост, задерживается прорезывание зубов, гипоплазия эмали, быстро развивается кариес, общий остеопороз и задержка роста ребенка.

Параклинические исследования:

1. анализ мочи - гиперфосфатурия, незначительная гипокальцийурия;

2. биохимический анализ крови - выраженная гипофосфатемия, повышена активность щелочной фосфатазы, нормальный уровень кальция, метаболический ацидоз.

3. рентгенография костей - определяется изменения в дистальных отделах бедра, в проксимальной части большеберцовой кости в виде блюдцеобразного расширения метафизов, бахромчатые концы длинных трубчатых костей, остеопороз, утолщение надкостницы, добавочные косточки в суставах и экзостозы в месте прикрепления сухожилий, варусная деформация нижних конечностей.

Фармакотерапия заболевания направлена в первую очередь на ликвидацию дефицита неорганических фосфатов в организме и уменьшение их потерь с мочой. С этой целью используются витамин D, его активные метаболиты, препараты кальция и фосфора, а также лекарственные средства, улучшающие их усвоение в кишечнике.

Базисными препаратами в терапии фосфат диабета являются витамин D и его синтетические аналоги.

Ряд лекарственных средств оказывают отрицательное действие на механизм образования и фармакологический эффект витаминов группы D. К ним относятся противосудорожные препараты, ГКС, антибиотики, слабительные средства, снотворные препараты.

Начальные дозы витамина D составляют 10000-15000 МЕ в сутки. Повышение доз витамина D должно осуществляться под контролем за содержанием кальция и неорганических фосфатов в крови и моче, активности щелочной фосфатазы крови, исследование уровня которых должно проводиться каждые 10-14 дней. При назначении метаболитов витамина D особенно необходим строгий контроль за показателями уровня кальция в крови (определение один раз в 7-10 дней); в амбулаторных условиях для этих целей используется проба Сулковича.

Противопоказаниями для терапии витамином D и его метаболитами являются:

*индивидуальная непереносимость витамина D;

*выраженная гиперкальцийурия (более 3,5-4 ммоль в сутки);

*отсутствие активного рахитического процесса по данным лабораторных и рентгенологических исследований трубчатых костей.

Обязательным условием лечения заболевания является назначение больным внутрь неорганических фосфатов в дозах 70-100 мг/кг (по фосфору). Остеогенон с содержанием в 1 таблетке кальция 178 мг и фосфора 82 мг назначается по 1-3 таблетке в день. Показано применение витаминов.

При назначении лечебных доз препаратов кальция следует учитывать суточные потребности детей в соединениях кальция в зависимости от возраста ребенка.

Для стабилизации мембран и для уменьшения побочных явлений витамина D, а также улучшения процессов минерализации костной ткани используется 2% раствор ксидифона в дозе 10 мг на кг в сутки 3 раза в день в течение 2-3 недель.

Для улучшения процессов всасывания фосфора и кальция в кишечнике рекомендуется длительное (5-6 месяцев) применение цитратных смесей (лимонная кислота 24,0 цитрат натрия 48,0, дистиллированная вода 500,0) по 20-50 мл в сутки.

При применении высоких доз витамина D и его активных метаболитов, особенно длительном применении, иногда развивается клиническая картина гипервитаминоза D (отказ от еды, жажда, полиурия, повышенная экскреция кальция с мочой выше 4 ммоль сутки, гиперкальцийемия - более 3.5 ммоль). В этих случаях на время отменяются препараты кальция и проводится интенсивная терапия, направленная на борьбу с гиперкальцийемией, согласно стандартов лечения.

На педиатрическом участке наблюдается одна девочка 7 лет с диагнозом фосфат - диабет с типичными клиническими, лабораторными данными и рентгенологическими изменениями со стороны трубчатых костей. Проводится активное диспансерное наблюдение и лечение. В результате лечения улучшилось общее состояние ребенка; несколько ускорился рост; значительно улучшились показатели фосфорно-кальциевого обмена; отмечено снижение активности щелочной фосфатазы в плазме крови; положительная динамика структурных изменений костной системы по данным рентгенологического исследования костей. За ребенком продолжается активное наблюдение.

Таким образом, фосфат-диабет относится к моносимптомным наследственным проксимальным тубулопатиям и является наиболее встречаемой среди всех тубулопатий. Для фосфат - диабета характерны: первичный дефект реабсорбции фосфатов в проксимальных почечных канальцах; вторичное нарушение процессов активации витамина Д; сочетанный дефект реабсорбции кальция и фосфата в кишечнике и почках. Ведущими клиническими проявлениями фосфат - диабета являются рахитоподобные изменения скелета, дети имеют непропорциональный маленький рост, задерживается прорезывание зубов, эмаль гипоплазирована, быстро развивается кариес, общий остеопороз и задержка роста ребенка. В настоящее время разработаны и успешно применяются педиатрами методы диагностики и лечения фосфат - диабета.

ЛИТЕРАТУРА:

1.Игнатова М.С., Вельтищев Ю.Е. Детская нефрология, Руководство для врачей. Л.Медицина, 1989 г с.268-300.

2.Таточенко В.К. Педиатру на каждый день. Справочник по лекарственной терапии. Москва 2007. с. 24-26.

3.Болезни детей раннего возраста. Руководство для врачей. Москва, МЕДпресс информ, 2002, с. 82-83.

ТҮЙІН

Тұқымқуалайтын тубулопатиялар деп –патологиялық үрдіске бүйрек түтікшелерінің әр-түрлі бөліктері мен олардың біреуі немесе бірнешеуінің зақымдануымен жүретін, генетикалық детерминацияға ұшыраған аурулар тобын атайды. Фосфат-диабет моносимптомды тұқымқуалайтын проксимальды тубулопатияларға жатады және барлық тубулопатиялардың ішіндегі ең жиі кездесетіні осы.

Өзекті сөздер: Фосфат диабет, диагностикасы, емі.

SUMMARY

Hereditary tubulopathy - a group of genetically determined diseases when the pathological process involve in different parts of the renal tubules in violation of one or more of their functions. Phosphate diabetes refers to monosymptomatic hereditary proximal tubulopathy and is among the most encountered tubulopathy.

Key words: Phosphate diabetes, diagnosis, treatment.

ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

УДК 616.98:351.774.7-05

Бикбаева Ж.С.

Аккайынская Центральная районная больница, СКО

Вакцинация является самой надежной профилактикой тяжелых инфекционных заболеваний. Массовая вакцинация в Республике Казахстан осуществляется в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, проводится вакцинами с высокой степенью безопасности. Вакцинные препараты при соответствующем хранении и транспортировке, а также соблюдении техники их введения крайне редко вызывают серьезные расстройства здоровья. Это позволяет вакцинировать как здоровых детей, так и лиц с отклонениями в состоянии здоровья.

В детских поликлиниках, дошкольных учреждениях и школах созданы специальные прививочные кабинеты, оснащенные необходимым медицинским оборудованием и препаратами для неотложной и противошоковой терапии. Работу прививочного кабинета возглавляет врач педиатр, разрабатывает план профилактических прививок на год. На каждого ребенка заводится карта учета с указанием сроков проведения прививок.

Перед прививкой проводится медицинский осмотр ребенка, учитываются ранее перенесенные заболевания, реакция на предыдущие прививки, измеряется температура и, если ребенок здоров, проводится прививка.

Отсрочка плановой вакцинации после острых или обострения хронических заболеваний связано не опасностью вакцинации, а возможными осложнениями этих заболеваний. Но по эпидпоказаниям прививки проводятся при не-